



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa

A Prevenção da Infecção Urinária na Pessoa Idosa como Intervenção de Enfermagem

Vera Lúcia Pereira de Oliveira

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa

A Prevenção da Infecção Urinária na Pessoa Idosa como Intervenção em Enfermagem

Vera Lúcia Pereira de Oliveira

Orientadora: Professora Idalina Gomes

2015



“Como se morre de Velhice

*Como se morre de Velhice
Ou de acidente ou de doença,
Morro, Senhor, de indiferença.*

*Da indiferença deste mundo
Onde o que se sente e se pensa
Não tem eco, na ausência imensa.*

*Na ausência, areia movediça
Onde se escreve igual sentença
Para o que é vencido e que vença.*

*Salva-me, Senhor, do horizonte
Sem estímulo ou recompensa
Onde o amor equivale à ofensa.*

*De boca amarga e de alma triste
Sinto a minha própria presença
Num céu de loucura suspensa.*

*(Já não se morre de Velhice
Nem de acidente nem de doença,
Mas, Senhor, só de indiferença.)”*

Cecília Meireles, 1957

AGRADECIMENTOS

Qualquer que seja o nosso percurso de vida, muito devemos aos que nos foram acompanhando. O crescimento e conhecimento que fomos adquirindo com o seu auxílio, tornaram-nos por certo melhores pessoas e profissionais em todas as interações que se foram proporcionando, conduzindo a cuidados de enfermagem cada vez mais humanos e com maior qualidade. A minha profunda gratidão a todos os que fizeram parte deste caminho.

Agradeço por isso, à Ex^a Sr.^a Professora Doutora Idalina Gomes pela orientação tutorial deste trabalho e pelos contributos que o seu próprio trabalho, na área do ensino, trouxeram à problemática do cuidado à pessoa idosa. Agradeço ainda a sua dedicação e apoio, não me deixando nunca desistir deste projeto, apesar das opções de vida tomadas no seu decurso.

Agradeço também ao Enfermeiro Especialista Pedro Contreiras, à Enfermeira Especialista Felisbela Barroso e Enfermeira Especialista Rosário Rodrigues pelo apoio, incentivo e orientação durante o estágio. Agradeço ainda à Enfermeira Especialista e coordenadora do serviço de urgência onde decorreu o estágio hospitalar, Ilda Roque, pelo seu apoio, auxílio e orientação, mesmo quando já não era um elemento da sua equipa de prestação de cuidados de enfermagem.

Gostaria ainda de agradecer a todas as pessoas que me apoiaram e das quais abdiquei por diversas vezes em prol deste trabalho, estando sempre disponíveis para me apoiarem em alturas de desânimo, revolta e sensação de impotência. Obrigado pela partilha de ideias, pelas palavras de incentivo, carinho, alegres discussões e por me mostrarem vezes sem conta de que era capaz: Ana Nunes, Ivânia Lopes, Bruna Trabuco, Pedro Moreno, Nuno Luís, Ana Filipa Duarte, Verónica Florêncio, Victor Alberto, Paulo Martins, Cristina Vaz.

Um agradecimento especial aos meus pais, por todos os valores que me transmitiram, pelo amor e apoio incondicionais e por acreditarem sempre em mim: sem vocês nada disto seria possível. Por último, às minhas irmãs e sobrinhos, afastados fisicamente, mas sempre muito presentes nos meus desafios.

RESUMO

As infecções associadas aos cuidados de saúde são um flagelo mundial com repercussões significativas na população, em particular nas pessoas idosas, grupo particularmente frágil e vulnerável. Muitas destas infecções, mais concretamente as infecções do trato urinário, têm repercussões importantes neste grupo, estando o seu impacto associado ao recurso à algaliação, sendo como tal importante intervir ao nível da prevenção.

De modo a contribuir como enfermeira especialista para a melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa em risco de desenvolver infeção do trato urinário e promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem, foi implementado este projeto no serviço de urgência recorrendo à metodologia de projeto. Tendo em conta os objetivos delineados, foram realizadas observações iniciais e finais, que refletissem as práticas dos enfermeiros no que concerne à prevenção da infeção do trato urinário, assim como análise dos processos, verificando o que era registado na avaliação da pessoa idosa no serviço de urgência. Os resultados demonstraram um aumento do índice de qualidade de 53,54% para 62,50% relativamente à algaliação, de 53,33% para 61,50% na manutenção do cateter urinário e de 27,08% para 37,50%, no que concerne à hidratação. A qualidade da relação enfermeiro/pessoa idosa pelo estabelecimento de uma relação baseada no Modelo de Parceria e pela análise dos registos de enfermagem, também obteve melhorias.

A concretização deste projeto permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e ainda competências de 2.º ciclo de estudos. Pela aquisição destas competências foi adquirida uma prática especializada baseada na evidência e um cuidado centrado na pessoa idosa, utilizando como suporte para esta prática o Modelo de Parceria, permitindo a promoção do cuidado de Si.

Palavras-Chave: Pessoa idosa, Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, Infeção do trato urinário, Intervenções de Enfermagem, Modelo de Parceria.

ABSTRACT

Healthcare Associated Infections are a global scourge with significant impact on the population, particularly in the elderly, a frail and vulnerable group. Many of these infections, in particular urinary tract infections, have important repercussions in this group, and its impact is associated with the use of indwelling urinary catheters, and, as such, it is important to intervene in the prevention level.

To contribute as a specialist nurse to improve the practice of care for the elderly at risk of developing urinary tract infection and promoting behavior change in the practice of care with the nursing team, this project was implemented in the emergency department, using the project methodology. Taking into account the objectives outlined, initial, and final, observations were held to reflect the practices of nurses regarding the prevention of urinary tract infection, as well as analysis of the processes, checking what was recorded in the evaluation of the elderly in the emergency department. The results showed an increase from 53.54%, in the quality index, to 62.50% relative to the catheterization, from 53.33% to 61.50% in the maintenance of the urinary catheter and from 27.08% to 37.50%, with respect to hydration. The quality of the nurse/elderly relationship by establishing a relationship based on the partnership model and nursing records analysis, also obtained improvements.

The realization of this project enabled the development of specialist nurse skills in the care for the elderly in the areas of professional responsibility, ethics and legal, continuous quality improvement, care management and the development of apprenticeships, and even skills of the 2nd cycle studies. With the acquisition of these skills it was acquired a specialized evidence-based practice and elderly centered care, using as support for this practice the partnership model, allowing the promotion of the care for Himself.

Key-Words: Elder, Healthcare Associated Infection, Urinary Tract Infection, Nursing Interventions, Partnership Model

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AO – Assistentes Operacionais

APIC – Association for Professionals and Infection Control and Epidemiology

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EAUN – European Association of Urology Nurses

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local – do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

HICPAC – Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ITU – Infeção do Trato Urinário

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1.JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO/DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	13
2.QUADRO DE REFERÊNCIA	17
2.1. A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde	17
2.2. A prevenção da ITU na pessoa idosa.....	18
2.3. A parceria como intervenção de enfermagem na prevenção da ITU na pessoa idosa	22
3.METODOLOGIA/DESENHO DO PROJETO DE ESTÁGIO	25
3.1. Questões éticas.....	25
3.2. Parceiros de desenvolvimento do projeto	25
3.3. Planeamento das atividades, meios e estratégias	26
3.4. Fatores facilitadores e fatores inibidores	28
3.5. Execução e avaliação das atividades desenvolvidas.....	28
4.IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	29
4.1 Análise reflexiva das atividades/estratégias desenvolvidas e avaliação dos resultados	29
4.2 Reflexão sobre as aprendizagens e competências.....	55
CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	70
APÊNDICE I: Diagnóstico da Situação	
APÊNDICE II: Revisão Sistemática da Literatura	
APÊNDICE III: O Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009, 2013)	
APÊNDICE IV: Consentimento para a realização das observações/auditorias à equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais	
APÊNDICE V: Cronograma de atividades desenvolvidas ao longo do estágio	
APÊNDICE VI: Análise Swot do Projeto	
APÊNDICE VII: 2.ª Jornadas de Enfermagem do CHS, EPE	
APÊNDICE VIII: IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria	
APÊNDICE IX: 3.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Ordem dos Enfermeiros	
APÊNDICE X: Reflexão sobre os conhecimentos e competências adquiridas nos congressos/eventos científicos	
APÊNDICE XI: Reflexão sobre o estágio desenvolvido no GCL-PPCIRA do Hospital de Referência	

APÊNDICE XII: Documento relativo às auditorias efetuadas no SU

APÊNDICE XIII: Análise e reflexão sobre os questionários aplicados às AO do SU

APÊNDICE XIV: Grelha de observação para análise dos registos de enfermagem no SU/SO

APÊNDICE XV: Resultados da auditoria realizada aos registos de enfermagem

APÊNDICE XVI: Nota de campo no SU/SO

APÊNDICE XVII: Estudo de caso no SU/SO

APÊNDICE XVIII: Apresentação do projeto à equipa de enfermagem do SU/SO

APÊNDICE XIX: Procedimento de algaliação, manutenção e remoção precoce do cateter urinário

APÊNDICE XX: Algoritmo de atuação para a “Avaliação da necessidade de algaliação”

APÊNDICE XXI: Pósteres informativos:

APÊNDICE XXII: Diário de estágio reflexivo efetuado na UCC

APÊNDICE XXIII: Estudo de caso na UCC – Documento escrito e apresentação em PowerPoint

APÊNDICE XXIV: UCC: Intervenções de enfermagem na prevenção da ITU de acordo com a CIPE©

APÊNDICE XXV: Apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem da UCC

APÊNDICE XXVI: Folheto educativo para a visita domiciliária

APÊNDICE XXVII: Reflexão sobre as aprendizagens e competências adquiridas no estágio na UCC

APÊNDICE XXVIII: Sessão de formação à equipa de enfermagem do SU

APÊNDICE XXIX: Instrumento de avaliação multidimensional da pessoa idosa no SU

APÊNDICE XXX: Folhetos educativos para a preparação para alta da pessoa idosa algaliada

APÊNDICE XXXI: Sessão de formação realizada à equipa de AO

ANEXOS

ANEXO I: Autorização do Departamento de Enfermagem do Hospital do Local de Estágio para a implementação do Projeto

INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende elencar as atividades realizadas e refletir sobre as competências desenvolvidas no âmbito do estágio inserido no plano de estudos do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e que compreendeu um total de 500 horas de contacto decorridas entre o período de 29 de setembro de 2014 e 13 de fevereiro de 2015.

Serve também, o presente documento, de indicador de avaliação de todos os objetivos específicos delineados à partida no projeto de estágio. O trabalho desenvolvido teve como guia a metodologia de projeto, que tem como objetivo principal a resolução de problemas, e permite também a aquisição de capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos, num contexto de prática de cuidados reais (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Desta forma procurou-se interligar a teoria com a prática, isto é, pretendeu-se implementar intervenções com vista à melhoria de cuidados tendo por pilar uma prática baseada na evidência científica (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Incidindo sobre a temática da prevenção da Infecção do Trato Urinário (ITU) na pessoa idosa, sob orientação da Professora Idalina Gomes, este estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), num Grupo Coordenador Local – do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) de referência na prevenção da ITU e num Serviço de Urgência (SU) e GCL-PPCIRA de um hospital no distrito de Setúbal. Nestas realidades foi possível prestar cuidados à pessoa idosa e desenvolver competências essenciais quer no cuidado a esta, quer relativamente à prevenção e controlo da infeção, enquanto mestre e enfermeira especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica nos cuidados à pessoa idosa.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) ocorrem por todo o mundo constituindo um importante problema de saúde pública e representando um fardo para a sociedade, dado o seu impacto negativo sobre clientes, profissionais de saúde e sistemas de saúde e pela elevada morbilidade e mortalidade que representa (World Health Organization (WHO), 2009; Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010; Direção Geral de Saúde (DGS), 2013). As infeções são mais frequentes na pessoa idosa, devido a uma maior suscetibilidade para a doença pela idade (WHO, 2009;

Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). De acordo com o relatório da DGS relativo ao ano de 2013 a taxa global de prevalência de IACS foi de 10,4%, num total de cerca de 317 idosos, sendo a ITU a infeção mais frequente, representando cerca de 17,5% dos casos (DGS, 2014). Deste relatório sobressaem dois problemas, as IACS, nomeadamente a ITU, e o fato da população idosa ser a população mais afetada, pelo que são questões a ter em conta na prestação de cuidados de enfermagem. No SU as algaliações à pessoa idosa são frequentes e como tal colocam em risco esta população, na medida em que, com o aumento da idade, hospitalização e recurso a dispositivos invasivos, nomeadamente a presença de cateter urinário, aumentam, a fragilidade desta população contribuindo para o aumento do risco de patologia iatrogénica (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010; Apostolopoulou et al, 2013).

O ambiente, um dos metaparadigmas da enfermagem, é uma área de intervenção importante e com necessidade de ser controlada, em particular no que diz respeito ao controlo e prevenção da infeção, tal como já era defendido por Nightingale (2005, p.53) que referia que a “verdadeira enfermagem ignora a infeção, excepto para a prevenir. (...) A assistência criteriosa e humana, ao doente, é a melhor salvaguarda contra a infeção.”.

A promoção da prevenção da infeção na pessoa idosa passa pela aplicação de um quadro de atuação centrado na Pessoa tendo como objetivo fulcral a obtenção de resultados dependentes de pré-requisitos como o ambiente de cuidados, o processo de prestação de cuidados e os atributos do enfermeiro (McCormack & McCance, 2010). O enfermeiro, prestador de cuidados à pessoa idosa e família, desempenha uma ação fundamental em todo este processo, ao estabelecer uma parceria de cuidados com os intervenientes, contribuindo para a segurança e cuidado de Si, pelo conhecimento da pessoa em questão, dando-lhe o *empowerment* para que concretize o seu projeto de saúde (Gomes, 2009; Gomes, 2013).

Em toda esta conjuntura é pertinente o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista nesta área, dirigindo uma ação que promova “projetos de saúde do Idoso a vivenciar processos de saúde/ doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (Regulamento n.º 168/2011 de 8 de Março de 2011, p.1122). Como tal, são competências dos enfermeiros especialistas os

domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). No decorrer deste estágio pretendeu-se desenvolver também competências de 2.º ciclo que refletissem uma prática baseada na evidência pela análise e espírito crítico (ESEL, 2014).

Foi então desenvolvido um projeto de intervenção com a finalidade de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, nomeadamente a nível da prevenção da ITU associada aos cuidados de saúde na pessoa idosa, promovendo o cuidado de Si. Como objetivos gerais para este estágio foram traçados os seguintes: (1) Contribuir como enfermeira especialista para a melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa, em contexto de urgência prevenindo, nomeadamente, a ITU; (2) Promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem na prevenção da ITU na pessoa idosa, pelo evitar de algaliasções desnecessárias, assim como pela manutenção correta e remoção precoce do cateter vesical em clientes algaliados.

O presente documento encontra-se organizado em cinco capítulos. O primeiro e segundo capítulo são dedicados respetivamente ao diagnóstico da situação e caracterização da problemática de partida, e enquadramento teórico e conceptual. O terceiro capítulo é dedicado à explicação da metodologia de trabalho e seu planeamento e o quarto capítulo debruça-se sobre a descrição e reflexão das atividades realizadas e de como as mesmas contribuíram para a aquisição de competências de enfermeira especialista. Por último, a conclusão, onde é efetuada uma síntese de todas as aprendizagens adquiridas e a sua contribuição para aquisição de uma visão global dos problemas dos idosos, realçando as limitações do projeto.

Na redação deste documento foi levada em consideração as orientações da ESEL descritas no Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, assim como o Regulamento de Mestrado da ESEL e ainda as normas da *American Psychological Association*, para as referências bibliográficas utilizadas.

1.JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO/DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Práticas de cuidados não seguras podem conduzir a lesões incapacitantes e infeções, e inclusive conduzir à morte (WHO, 2014). As instituições de saúde devem contribuir assim, para a segurança, quer dos clientes, quer dos profissionais de saúde (WHO, 2014).

A segurança do cliente é um atributo essencial para uma prática de cuidados com qualidade sendo uma questão de saúde pública global e regional que afeta todos os tipos de sistemas de cuidados de saúde, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento e as IACS surgem aqui, como um obstáculo a essa condição (WHO, 2014). Estas infeções são um impedimento ao tratamento apropriado da pessoa idosa constituindo uma causa de significativa morbi-mortalidade e de consumo acrescido dos recursos hospitalares e comunitários (Apostolopoulou et al, 2013; DGS, 2013). No entanto, segundo a DGS (2013) cerca de um terço das IACS são evitáveis. Em Portugal a questão das IACS é um problema, na medida em que é um dos países da União Europeia com as taxas mais elevadas de IACS e de consumo de antimicrobianos (DGS, 2013).

Uma das doenças adquiridas a nível hospitalar mais frequentes é a ITU, no entanto não é um problema recente e o seu impacto encontra-se associado à algaliação (Blodgett, 2009; Saint, Meddings, Calfee, Kowalski & Kreln, 2009; Roriz-Filho, Vilar, Mota, Leal & Pisi, 2010; Newman & Willson, 2011). Dados recentes da DGS (2014) relativos ao ano de 2013 revelaram que em Portugal a taxa de IACS correspondeu a cerca de 10,4%, observando-se um predomínio da ITU, ao contrário do ano anterior, com um total de 37,5% casos, sendo 17,5% infeções confirmadas e 20% infeções prováveis. As infeções da pele e tecidos moles representam cerca de 26,2% e as infeções respiratórias 21,2% das IACS. O impacto e importância deste flagelo são do conhecimento dos profissionais de saúde, no entanto, nem sempre as estatísticas e os cuidados prestados revelam mudanças de comportamento e boas práticas. No que diz respeito à prevenção da ITU, embora seja um problema considerado como pertinente e de intervenção urgente no SU (local de estágio), foi-me revelado pela enfermeira responsável pelo GCL-PPCIRA a inexistência de qualquer tipo de protocolo de enfermagem ou procedimento instituído para controlo e prevenção de infeção, uniformização de práticas de enfermagem ou programas de auditoria periódica e estudos a este nível, para avaliação das práticas relativamente

à prevenção da ITU nesse hospital e em particular no SU. Este quadro constituía um problema na medida em que a monitorização e vigilância das infeções são importantes para a implementação de estratégias adequadas ao seu controlo e como tal a necessidade emergente de um projeto para dar resposta a esta situação (HICPAC, 2009; Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Neste hospital relativamente a esta temática, existia apenas um estudo de prevalência realizado em 2012, em que só participaram alguns serviços. Dos resultados obtidos verificou-se que dos 214 clientes, 64,5% tinham idade superior a 54 anos e destes, 48,6% tinham mais de 74 anos, verificando-se uma prevalência de doentes com IACS de 13,6% (CCI, 2013). As infeções do trato respiratório, do local cirúrgico, do trato urinária, e da pele e tecidos moles, foram as IACS mais frequentes neste estudo (CCI, 2013). O grupo etário onde se verificou maior prevalência de IACS foi o grupo etário dos 65 a 84 anos (CCI, 2013). Ainda no mesmo estudo, verificou-se que o tempo de internamento e a utilização de dispositivos eram fatores de risco para o aumento da incidência de IACS, verificando-se que a prevalência de IACS foi maior nos clientes com internamento superior ou igual a três semanas. Quanto ao recurso a dispositivos invasivos salienta-se que todas as ITU associadas aos cuidados de saúde ocorreram em clientes com cateter urinário colocado pelo menos há sete dias.

O SU deste hospital é um local de grande afluência e internamento da população idosa, verificando-se que no ano de 2014 cerca de 36% da população que recorreu ao SU tinha 65 anos ou mais (ver apêndice I). Dados do gabinete de estatística do Hospital de Estágio (2014) mostraram ainda que em 2014 o tempo de demora média de internamento foi de cerca de 1,2 dias, tornando-se no entanto importante referir que existiam clientes que ficavam internados algumas horas, sendo imediatamente transferidos, mas outros permaneciam internados durante meses, por motivos sociais.

Este SU é classificado como um SU médico-cirúrgico e presta assistência em duas grandes áreas: o atendimento ambulatorio e o internamento, ou Serviço de Observação (SO) (Dados do Hospital de Estágio, 2012). A equipa de enfermagem é constituída por 59 enfermeiros, nomeadamente: um enfermeiro coordenador de serviço especialista em enfermagem de reabilitação; cinco enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (chefes de equipa) e os restantes são generalistas. De referir que se trata de uma equipa muito jovem, em profunda

mutação, quer pelas transferências de serviço que têm sofrido, quer pela receção de novos elementos que nunca trabalharam na área. O serviço é composto ainda por uma equipa de cerca de 63 Assistentes Operacionais (AO) e uma equipa médica fixa constituída por cerca de dez elementos, que conta com o reforço de elementos externos ao serviço.

Neste hospital, existe um GCL-PPCIRA que de momento não se encontra completamente estruturado, existindo apenas uma enfermeira, que é especialista em enfermagem médico-cirúrgica, uma administrativa, um médico infeciologista de apoio e uma médica recentemente acolhida no seio desta equipa. No SU os elos de ligação ao GCL-PPCIRA, também se encontravam em mudança. Apesar destas mutações, foi permissível articular o projeto com a GCL-PPCIRA, direcionando o trabalho desenvolvido no SU para a sua generalização a nível institucional. A nível do serviço foi possível colaborar com os elementos de ligação da GCL-PPCIRA, cooperando em ações de formação relativas ao Ébola e a sensibilização para a problemática da higienização das mãos, apesar de se tratar de cuidados não específicos para a população idosa, contudo, importantes para o desenvolvimento de competências gerais de enfermeiro especialista, em particular na área da prevenção e controlo da infeção, comunicação, formação e motivação da equipa.

A 16 de novembro de 2014, foi efetuado o levantamento dos clientes internados em SO e verificou-se que desses 29, estavam algaliados uma total de 11 verificando-se uma média de idades de 86,4 anos (todos possuíam mais de 65 anos). Verificou-se assim uma prevalência de 38% de clientes algaliados em SO. Esta situação revelou a emergência de instituir normas relativas ao procedimento de algaliação assim como da sua manutenção para a prevenção e controlo da ITU, uma vez que a população idosa se encontra em situação de extrema vulnerabilidade perante a hospitalização e grau de dependência, sendo mais suscetíveis ao aparecimento da ITU. Constatou-se ainda que era prática recorrente da equipa a algaliação desta população para colheita de urina, sendo comum a pessoa idosa ficar, posteriormente, algaliada, sem qualquer tipo de indicação, a pedido da equipa médica, ou por iniciativa dos enfermeiros. A equipa de enfermagem, por sua vez apresentava dúvidas relativamente à prática de cuidados relativos à prevenção da ITU, nomeadamente sobre o que é o conhecimento atual baseado na evidência científica. Também as notas de enfermagem a este nível eram escassas ou

inexistentes, pelo que era difícil um controlo relativamente à algáliação e preparação para alta.

Com o envelhecimento da população assiste-se a uma maior recorrência desta população aos SU, constituindo a maioria das situações de emergência, o que resulta em internamento ou readmissões frequentes nos hospitais (Dawood, Dobson & Banerjee, 2011; Ellis, Marshal & Ritchie, 2014). Perante este quadro torna-se pertinente o atendimento da pessoa idosa no SU tendo em conta a sua complexidade e a demora no atendimento, sendo necessário a aquisição de competências específicas (Dawood, Dobson, & Banerjee, 2011; Ellis, Marshal, & Ritchie, 2014). É, como tal, importante conhecer a pessoa idosa, adequando as intervenções de enfermagem às suas necessidades, permitindo a decisão consciente sobre os procedimentos realizados, permitindo o Cuidado de Si (Gomes, 2009; Gomes, 2013). Contudo, este quadro é descurado com alguma frequência no SU, verificando-se um défice de colheita de dados que podem ser pertinentes para o conhecimento e cuidados a prestar à pessoa idosa naquele contexto específico. De fato, pela análise dos registos de enfermagem, e tendo como pilar o Modelo de Parceria, muitas são as informações consideradas pertinentes que não eram registadas, assim como muitos dos cuidados importantes específicos para esta população.

Para dar resposta a esta problemática foi construído e implementado o presente projeto por forma a contribuir na prevenção da ITU na pessoa idosa, promovendo desta forma a qualidade dos cuidados. O projeto e o respetivo estágio tiveram assim como finalidade desenvolver competências de enfermeira especialista e de mestre na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente pessoa idosa, nomeadamente a nível da prevenção da ITU associada aos cuidados de saúde nesta população.

2.QUADRO DE REFERÊNCIA

Este capítulo surgiu da necessidade emergente de fundamentar e explorar as temáticas centrais do projeto, as IACS e prevenção da ITU na pessoa idosa. Para tal foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) e pesquisa bibliográfica, por forma a aprofundar e atualizar conhecimentos nessas áreas (apêndice II). Foi ainda incorporado o enquadramento conceptual de enfermagem, nomeadamente as conceções teórico-filosóficas de referência da arte do cuidar de Collière (1999) e o Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009; Gomes, 2013). Pretendeu-se assim evidenciar a importância de uma intervenção de enfermagem baseada na aquisição de competências nos cuidados individualizados, por forma a ajudar a pessoa idosa a manter a sua saúde, vida e conforto (Collière, 1999). Procurou-se ainda, contribuir para a prevenção da ITU, pela sua capacitação, ou da sua família pelo estabelecimento de uma relação baseada na confiança e de parceria, dando-lhes o poder de controlar a sua vida (Gomes, 2009; Gomes, 2013).

2.1. A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

A prevenção, vigilância e segurança do cliente são conceitos atuais e amplamente defendidos pela WHO (2009), e que são colocados em causa pelas IACS. A WHO (2009) considera que as IACS são um problema mundial grave cuja resolução deve ser uma prioridade nas instituições de saúde, na medida em que representam um impacto negativo profundo pelo tempo de internamento prolongado, incapacidade a longo prazo, morbilidade e mortalidade dos utilizadores dessas instituições, contribuindo ainda para o aumento da resistência dos microrganismos aos antibióticos. Torna-se como tal, imprescindível a adoção de políticas institucionais de prevenção, adequadas às necessidades de cada país e contexto para minorar o seu efeito nefasto (WHO, 2009; CDC, 2014; WHO, 2014).

A European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) [2008] define IACS como infeções que ocorrem depois da exposição aos cuidados de saúde, mas nem sempre como uma consequência desta exposição, não se encontrando na altura do internamento, mas ocorrendo durante a estadia hospitalar. A ECDC (2015) completa esta definição ao acrescentar à noção de IACS o impacto relacionado com a presença de dispositivos médicos, como é o caso dos cateteres urinários. Importa distinguir que a infeção nosocomial é um tipo de infeção que aparece apenas em

clientes hospitalizados durante 48 horas ou mais, e desta noção resultou a sua utilização como critério de vigilância epidemiológica.

As doenças infecciosas ocorrem mais frequentemente na pessoa idosa do que em jovens adultos, com riscos maiores de morbidade e mortalidade (Bôas & Ruiz, 2004; Zarb et al, 2012). A IACS contribui ainda para o aumento do tempo de internamento desta população e para o agravamento de co-morbilidades (Bôas & Ruiz, 2004). O risco de transmissão de infeções existe em qualquer momento da prestação de cuidados, comportando um maior risco em clientes com imunossupressão ou com a presença de dispositivos invasivos, de que é exemplo o cateter urinário (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). A par deste contexto, situações em que o rácio enfermeiro/cliente é desadequado, as transferências frequentes de clientes entre serviços e instituições de saúde, assim como o internamento destes em unidades de que são exemplo os cuidados intensivos, parecem aumentar o risco de infeção cruzada, contribuindo para as IACS (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

A WHO (<http://www.who.int/>, recuperado em 2, Julho, 2014) e a *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) [2014] defendem que a higiene das mãos é o cerne do controle da infeção, considerando-o ainda um procedimento essencial dada a sua relevância universal nos cuidados de saúde, pela sua simplicidade, baixo-custo e pelo seu impacto positivo na prevenção. Para além da higiene das mãos existem outras precauções básicas recomendadas, como uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), que deverá ser usado em situações concretas de prestação de cuidados (Man & Low, 2010; Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

2.2. A prevenção da ITU na pessoa idosa

A ITU é uma IACS frequente, com impacto diretamente relacionado com a algaliação e com particular efeito negativo na pessoa idosa, sendo importante agir na sua prevenção (Klevens et al, 2007; Caljouw, Elzen, Cools, & Gussekloo 2011; Zarb et al, 2012).

A ITU é “uma infeção desenvolvida em qualquer parte do trato urinário, quer seja a uretra, bexiga, ureteres ou rins e é uma doença comum” (Foxman, 2014, p.1). O tecido periférico ao meato urinário é habitado normalmente por bactérias que colonizam a urina, e o próprio meato urinário constitui uma porta de entrada para o exterior, tornando o trato urinário, mais suscetível a invasões por microrganismos,

podendo a bexiga ser invadida por estes antes da eliminação espontânea de urina (Foxman, 2014). Normalmente transmitida via pessoa-pessoa e via oral-fecal, a Gram negativa *rod Escherichia coli* constitui uma causa frequente de ITU (Foxman, 2014).

Os sintomas habituais de ITU são: hematúria, disúria, polaquiúria, noctúria, alteração na cor e aspeto da urina, piúria, urgência miccional e dor abdominal (Roriz-Filho, Vilar, Mota, Leal & Pisi, 2010; Newman & Willson, 2011; Foxman, 2014). A ITU associada ao catéter urinário é caracterizada por febre, arrepios, alteração do estado de consciência, mal-estar ou letargia também sem outra associação, dor a nível do flanco, hematúria franca e desconforto pélvico (Foxman, 2014).

Segundo Foxman (2014) os fatores de risco para ITU dependem das características da população, comportamentos do hospedeiro e características das bactérias. Segundo este mesmo autor, o risco de bacteriúria aumenta entre os 60 e os 79 anos de idade, aumentando ainda mais depois dos 80 anos de idade (4 em 1000), sendo o risco maior na população masculina. A ocorrência de bacteriúria na pessoa idosa é frequente, mas na maioria das vezes a única manifestação é a alteração do nível de consciência, associada à confusão mental, representando, como tal, uma dificuldade no diagnóstico pela situação inespecífica dada a população em questão (Roriz-Filho, Vilar, Mota, Leal & Pisi, 2010). O comprometimento cognitivo grave, a incapacidade nas AVD, história de ITU entre os 85-86 anos e a incontinência urinária são fatores importantes que parecem contribuir para as ITU e que devem ser considerados para a sua prevenção (Caljouw, Elzen, Cools, & Gussekloo 2011).

A bacteriúria associada à algaliação é a IACS mais comum, e é o resultado do uso indiscriminado e inapropriado da cateterização urinária (Hooton et al, 2010; Foxman, 2014; CDC, 2015). A *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* (APIC) [2014] refere que as ITU associadas à presença de cateter urinário constituem a infeção mais frequente em lares e instituições de saúde, levando a readmissões frequentes num espaço de 30 dias nos hospitais.

Para intervirem na prevenção da ITU, os enfermeiros deverão deter conhecimentos relativamente a sinais e sintomas de ITU e conhecer as causas dos sintomas antes de administrar qualquer cuidado, informando o médico sempre que necessário, mesmo em caso de sintomatologia atípica (Man & Low, 2010). Torna-se ainda fundamental a promoção da ingestão hídrica e/ou a administração de fluidos

adicionais, se necessário, disponibilizando alternativas à água, como por exemplo os sumos de frutos do bosque (Man & Low, 2010). A educação e formação do cliente e família sobre esta temática, dando informação teórica e prática e aconselhamento são também importantes a este nível (Man & Low, 2010; Wilde et al, 2013).

A intervenção de enfermagem na prevenção da ITU passa também pela construção e implementação de protocolos baseados em evidência científica atual no que diz respeito a indicação para algaliação, procedimento de algaliação, manutenção do cateter urinário e sistema de drenagem urinária, despejo do saco de drenagem e remoção precoce do cateter urinário (DGS, 2004; HICPAC, 2009; Muzzi-Bjornson & Macera, 2011; APIC, 2014; Mori, 2014; NICE, 2014).

A *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* (HICPAC) [2009], APIC (2014) e *European Association of Urology Nurses* (EAUN) [2012] consideram indicações para colocação de cateter urinário: retenção urinária, obstrução do trato urinário, vigilância do débito urinário rigoroso em situações de doença crítica, procedimentos cirúrgicos urológicos ou de manipulação das estruturas contíguas ao sistema urinário, no favorecimento da cicatrização de feridas na região sagrada ou perineal em clientes com incontinência urinária, para providenciar conforto situação de cuidados paliativos, ou em situação de clientes que necessitem de permanecer imobilizados por longo período de tempo. No entanto, devem ser consideradas, sempre que possível, alternativas à colocação de cateter urinário, de que são exemplo a algaliação intermitente e a utilização do dispositivo urinário externo masculino (HICPAC, 2009; EAUN, 2012; Smart, 2014, Cassani, 2014).

A existência de protocolos de enfermagem pode reduzir a incidência e a duração da algaliação e como tal a redução da ITU associada à presença de cateter vesical (Mori, 2014). Alguns autores consideram também como intervenções de enfermagem na prevenção da infeção urinária o recurso a lembretes físicos (papeis ou quadros com informação), virtuais (disponíveis em sistema informático) ou combinados (a conjugação dos dois anteriores) para estimular a monitorização constante da necessidade de manter os clientes algaliados e a sua remoção precoce (Lo et al, 2008; Blodgett, 2009; Meddings, Rogers, Macy & Saint, 2010; Bernard, Hunter & Moore, 2012; Chen, Chi, Chan, Chou & Wang, 2013; Murphy, Fader & Prieto, 2014). A remoção do cateter vesical deve ser realizada precocemente, preferencialmente no prazo de 24 horas, exceto se existirem indicações contrárias para a sua manutenção (HICPAC, 2009).

A escolha de material adequado para algaliação, como por exemplo o recurso a cateteres urinários com ponta de prata (que retardam a formação de *biofilm*¹) é considerado pela HICPAC (2009), Muzzi-Bjornson & Macera (2011) e por EAUN (2012) como uma medida pertinente na prevenção da ITU, em clientes com necessidade de algaliação de longa duração, assim como a escolha de calibre de cateter urinário menor e de um sistema de drenagem adequado a cada cliente, após negociação.

A técnica de inserção do cateter urinário deve ser executada por um profissional de saúde treinado com conhecimento sobre as normas de assepsia, efetuando previamente uma lavagem com água e sabão da região perianal e recorrendo ao uso de lubrificante com gel anestésico em dose individual, fixando o cateter urinário e o saco de drenagem adequadamente (sempre abaixo do nível da bexiga) [DGS, 2004; HICPAC, 2009; EAUN, 2012; APIC, 2014].

Num estudo realizado por Daud-Gallotti et al (2012), a prevenção da ITU pode ser efetivada pela existência de um rácio enfermeiro/clientes adequado, na medida em que com o aumento da carga de trabalho, da severidade da condição clínica dos clientes e número de dispositivos externos, em particular na pessoa idosa, implica o risco acrescido de IACS. No apêndice II encontram-se as intervenções de enfermagem descritas em pormenor, relativas no manuseamento/manutenção do cateter urinário.

A pessoa idosa é sujeita, ao longo do tempo, à interação de múltiplas comorbilidades, podendo resultar em declínio funcional contribuindo para um estado complexo de fragilidade. Quando submetida a procedimentos invasivos e a ambientes ofensivos, como é o ambiente de um SU, a sua condição pode agravar-se e predispor a pessoa idosa a maus resultados de saúde resultando em maiores necessidades de cuidados (Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). Na sua ação, o enfermeiro deve aplicar-se nos atos que visem a melhoria da saúde, procurando prevenir doenças e situações de complicação, eliminando assim a doença, e por outro lado, deve mobilizar conhecimentos e a força vital da pessoa idosa para a revigorar quando esta já se encontra em situação de doença (Collière, 1999). Na prevenção da ITU, o enfermeiro deve como tal capacitar a pessoa idosa para a

¹ Estrutura complexa que inclui bactérias, células hospedeiras e produtos celulares, causa importante de infeções (APIC, 2014).

diminuição de complicações, envolvendo-a no cuidado de Si (Gomes, 2009; Gomes, 2013).

2.3. A parceria como intervenção de enfermagem na prevenção da ITU na pessoa idosa

Envelhecer trata-se de um processo natural, inerente ao ser humano, ocorrendo, no entanto, de forma díspar tornando cada pessoa um ser único, inigualável e dinâmico (Gomes, 2009). A Pessoa é o cerne dos cuidados da enfermagem e o cuidar é um ato de vida, englobando múltiplas ações que visam a sua manutenção e sustentação, permitindo que a pessoa idosa mantenha sempre que possível as suas funções para poder resistir à morte (Collière, 1999). Cuidar não se pode limitar a tratar a doença independentemente das suas características, antes deve incluir as experiências da pessoa idosa, as suas expectativas por forma a construir um processo de enfermagem, sistemático e exequível, que dê respostas às suas reais necessidades (Collière, 1999).

Para prevenir a ITU, torna-se fundamental conhecer a pessoa idosa/família, as suas experiências pessoais, o seu ambiente e as suas ideias relativas ao envelhecimento, sendo mais fácil intervir e detetar precocemente os sinais e sintomas de ITU e desta forma contribuir para a qualidade de cuidados e qualidade de vida (Sund-Levander & Tingström, 2013). A pessoa idosa deve ser perspectivada como um ser vivo detentor de capacidade de decisão inserido no seu meio ecológico, isto é, deve ser devidamente situado “no seu contexto de vida, tentando compreendê-lo em relação aos costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veicula, bem como situar o impacto da doença e das limitações que lhe são inerentes em relação a esse contexto” (Collière, 1999, p. 296). A Pessoa, conceito central da enfermagem, é muitas vezes vista como um agente passivo, mero recetor de cuidados de saúde, situando-se neste contexto em desvantagem e submissão perante a própria organização prestadora dos cuidados de saúde e por parte ainda da doença que a fragiliza (Gomes, 2007). É função do enfermeiro disponibilizar e mobilizar todos os seus conhecimentos e ser capaz de acompanhar a Pessoa, em particular a pessoa idosa no seu processo de saúde/doença, de forma colaborativa (Gomes, 2007).

O enfermeiro deverá ainda dar espaço à pessoa idosa e deverá ser capaz de a perspetivar como um agente dinâmico, com poder decisório perante os vários

contextos, responsável pelo seu próprio projeto de vida munindo-a de poder, isto é de *empowerment* (Gomes, 2007; Gomes, 2009). Constrói-se assim a perspectiva de uma relação de partilha de informação, baseada na comunicação, consentimento informado e respeito pelo outro, restituindo à pessoa idosa o direito de participar nos seus cuidados. Este tipo de cuidado pode ser possível permitindo, por exemplo, que a pessoa idosa escolha a melhor forma de se controlar o débito urinário, se pelo recurso à algaliação, cateterização intermitente, dispositivo urinário externo e até mesmo pesando a fralda, dando-lhe o poder para decidir que cuidados prefere e melhor se aplicam a Si (Gomes, 2007). Pela valorização da autonomia da pessoa idosa, do seu *empowerment* e desenvolvimento de competências relacionais é possível estabelecer uma relação de parceria, promotora de cuidados eficazes e individualizados e que conduzam o indivíduo ao cuidado de Si (Gomes, 2007; Gomes, 2009; Gomes, 2013).

Gomes (2009), seguindo esta linha de pensamento, apresenta desta forma o modelo de intervenção baseado numa relação de parceria (Modelo de Parceria), constituído por cinco fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar o cuidado do Outro; comprometer-se, assumir o cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro, descritas no apêndice III. Uma relação de parceria implica conhecer a identidade da Pessoa, com o intuito de a preservar e manter a sua dignidade e pode fazê-lo ao longo da relação que se vai estabelecendo, mas também através da família ou de outras pessoas significativas (Gomes, 2009). Collière (1999, p 152) também defende que é pela relação “com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico”. No ato de cuidar devem ser consideradas preocupações e expectativas da pessoa idosa, tornando-se para tal pertinente a colheita de dados, permitindo que se estabeleçam os diagnósticos de enfermagem, que são uma “tentativa de análise de situação que visa identificar a natureza das necessidades ou problemas de saúde, vividos por uma ou mais pessoas, num dado meio, e que requerem cuidados de enfermagem” (Collière, 1999, p. 293).

O Modelo de intervenção em Parceria pressupõe ainda que para intervir efetivamente, o enfermeiro deverá construir com a pessoa idosa um percurso desenvolvido em sintonia com o indivíduo, direcionado para a resolução dos seus problemas com respeito pelas suas características e preferências, disponibilizando

tempo e indo ao encontro do outro estabelecendo uma relação de confiança (Gomes, 2009). O enfermeiro deverá ainda antecipar complicações e proporcionar bem-estar e conforto, informando a pessoa idosa sobre sinais e sintomas relacionados com a ITU, em qualquer contexto e dando alternativas de contornar esses problemas (Gomes, 2009).

O desenvolvimento de estratégias adequadas à prevenção da ITU pressupõe ainda a obrigatoriamente de envolver a família, privilegiando a sua intervenção sempre que possível (Collière, 1999). Em toda a sua intervenção, o enfermeiro deverá procurar partilhar o significado de experiência do Outro, assimilando os seus receios e dificuldades, procurando ajudá-lo e ajudar a família para que adquiram a capacidade de cuidar de Si ou do Outro ²(Gomes, 2009). Ao assegurar o cuidado do Outro, o enfermeiro permite que a pessoa idosa prossiga com a sua trajetória e projeto de vida, e mesmo quando este não é possível de capacitar, ao dar as ferramentas e o conhecimento à família, tal cuidado é permitido pela sua capacitação (Gomes, 2009).

O enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa deve ser instigador da mudança de estigmas e paradigmas que diminuam e desvalorizem as capacidades de decisão e de escolha desta população. A sua ação é imprescindível como gestor de caso, centrando e individualizando a sua ação na prevenção da doença e complicações ou na pessoa idosa a vivenciar um processo de doença e inserida no seu ambiente, em colaboração com a equipa multidisciplinar e família, promovendo a sua autonomia, capacitação e cuidado de Si (Gomes, 2009). Para que esta intervenção seja uma realidade, o enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, deverá ainda oferecer apoio e implementar estratégias baseadas em evidência científica, com o intuito de conduzir à máxima independência destes indivíduos respeitando as suas escolhas (Gomes, 2009; McCormack & McCance 2010).

² Nesta fase, capacitar ou possibilitar o cuidado do Outro, existe uma dupla faceta. A primeira pressupõe a capacitação da pessoa idosa. A segunda procura substituir a pessoa idosa nas atividades em que esta tem limitações, pelo enfermeiro, ou pela capacitação do cuidador familiar.

3.METODOLOGIA/DESENHO DO PROJETO DE ESTÁGIO

Tendo como recurso a metodologia de projeto, que ambiciona a resolução de problemas pela aquisição de capacidades e competências através da elaboração e concretização de projetos numa situação real (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010), foi elaborado e aceite pela ESEL em setembro de 2014, um desenho de projeto sobre o qual se desenvolveram as atividades do estágio.

A implementação do projeto, à luz desta metodologia pressupõe uma análise do problema com recurso à evidência científica atual e tendo como pilar a conceção de enfermagem por forma a delinear estratégias de metamorfose.

3.1. Questões éticas

Formalmente foram efetuados pela ESEL, pedidos de autorização de realização de estágio dirigidos à direção de enfermagem nos vários locais propostos pelo projeto, pedidos esses aceites. Durante a realização do estágio, e perante os parceiros envolvidos em todas as fases deste projeto, foram considerados os valores e princípios éticos do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009), assegurando o anonimato e confidencialidade, tendo o cuidado de informar sobre a temática envolvida e os seus objetivos. Foi ainda pedida e obtida a autorização, por parte da direção de enfermagem do Hospital de Estágio, para a implementação do presente projeto durante o período de estágio (ver anexo I). Foi respeitado o direito de não participação neste projeto a todas as pessoas que preferiram não ser incluídas ou que não quiseram assinar os consentimentos para as auditorias (apêndice IV). Nenhum doente recusou participar como parceiro de cuidados durante o estágio. Tendo em consideração cada situação particular de cuidados foram ainda respeitados os princípios orientadores da bioética como a beneficência, a não maleficência, a justiça e o respeito pela autonomia.

3.2. Parceiros de desenvolvimento do projeto

Para a concretização deste projeto e visando atingir os objetivos propostos, tornou-se indiscutivelmente necessário a intervenção de parceiros. Assim, na comunidade foi importante a colaboração da equipa da UCC e os seus clientes, idosos. A nível hospitalar, a cooperação de peritos na área dos cuidados de urgência/emergência à pessoa idosa e na área da prevenção e controlo da infeção

foi fulcral para o desenvolvimento do projeto e aquisição de competências. Em todo este *continuum* a orientação da Professora Doutora Idalina Gomes, professora orientadora da ESEL, foi a sustentação de toda a aplicação do projeto. Os elementos da equipa de enfermagem e utentes que recorreram ao SU constituíram também elos importantes em toda esta dinâmica.

3.3. Planeamento das atividades, meios e estratégias

Parte integrante de qualquer projeto de intervenção é o planeamento. Este pressupõe o delineamento das atividades, meios e estratégias para a resolução do problema e atingir os objetivos (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010). Em seguida, é apresentando o planeamento efetuado com base nos objetivos gerais e específicos, e suas atividades e indicadores de avaliação.

OBJETIVO GERAL 1: <i>Contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa, em contexto de urgência prevenindo, nomeadamente, a ITU.</i>		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1.1.Desenvolver competências como enfermeira especialista na realização do diagnóstico das necessidades formativas da equipa de enfermagem num SU, relativamente aos cuidados na prevenção da ITU, no cuidado à pessoa idosa, pela análise da prestação de cuidados de enfermagem ao nível das IACS e procedimento de avaliação.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão crítica da literatura sobre IACS, ITU e sua prevenção, e Pessoa idosa; • Idas a campo e reuniões com peritos na área da prevenção e controlo da infeção (da DGS e de GCL-PPCIRA); • Realização do diagnóstico de situação; • Participação em congressos/eventos científicos na área das IACS e pessoa idosa; • Realização de estágio de 2 semanas no GCL-PPCIRA do hospital de referência e 12 semanas numo SU e GCL-PPCIRA de um hospital no distrito de Setúbal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização de competências de investigação no âmbito do cuidado à pessoa idosa; • Aquisição de conhecimentos relativamente a: IACS, ITU, pessoa idosa, avaliação multidimensional da pessoa idosa, medidas básicas de prevenção e controlo de infeção; • Divulgação da evidência científica atual sobre a prevenção da ITU na pessoa idosa; • Resultados das auditorias iniciais; • Relatório de estágio.
1.2.Desenvolver competências clínicas como enfermeira especialista na abordagem à pessoa idosa, promovendo o cuidado de Si, na prevenção da ITU	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão crítica da literatura sobre IACS, ITU e sua prevenção, e pessoa idosa; • Realização de estágio de 2 semanas no GCL-PPCIRA do hospital de referência e 12 semanas numo SU e GCL-PPCIRA de um hospital no distrito de Setúbal. • Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa no SU, com recurso à avaliação multidimensional da pessoa idosa, implementando intervenções de enfermagem individualizadas de acordo com as necessidades identificadas na prevenção da ITU, promovendo o cuidado de Si. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização de competências de investigação no âmbito do cuidado à pessoa idosa; • Aquisição de conhecimentos relativamente a: IACS, ITU, pessoa idosa, avaliação multidimensional da pessoa idosa, medidas básicas de prevenção e controlo de infeção; • Aquisição de competências de gestão de problemas complexos em parceria com a pessoa idosa para a promoção do cuidado de Si • Estudo de caso; • Relatório de estágio
1.3.Melhorar o padrão de prestação de cuidados, monitorização sistemática e avaliação na prevenção da ITU na pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão crítica da literatura sobre IACS, ITU e sua prevenção, e pessoa idosa; • Realização de estágio de 2 semanas no GCL-PPCIRA do hospital de referência e 12 semanas num SU e GCL-PPCIRA de um 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização de competências de investigação no âmbito do cuidado à Pessoa idosa; • Aquisição de conhecimentos relativamente a: IACS, ITU, pessoa idosa, avaliação multidimensional da pessoa idosa, medidas básicas de prevenção e

no SU/SO	<p>hospital no distrito de Setúbal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divulgação do projeto à equipa multidisciplinar em ações de formação formais e informais. • Implementação do projeto em contexto de estágio no SUG/SO do CHS, EPE. • Construção e implementação de um "Procedimento de algaliação, manutenção e remoção precoce do cateter urinário", no SU. • Construção e divulgação do algoritmo de atuação sobre a "Avaliação da necessidade de algaliação" e de pósteres relativos à "Inserção do cateter urinário", "Manutenção do cateter urinário", "Remoção do cateter urinário"; e ainda "Despejo do saco de drenagem urinária". • Implementação dos lembretes virtuais como recurso para a avaliação da remoção precoce do cateter urinário. 	<p>controlo de infeção;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feedback dos participantes nas ações de formação (número total de participantes/número total de profissionais); • Relatório de estágio.
1.4. Intervir na comunidade, prevenindo a ITU na pessoa idosa, com envolvimento da família e da equipa multidisciplinar de cuidados de saúde primários."	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão crítica da literatura sobre IACS, ITU e sua prevenção, e pessoa idosa; • Realização de estágio de quatro semanas numa UCC, no distrito de Setúbal; • Detecção de necessidades relativas à prevenção das ITU, aconselhar a pessoa idosa e família, sobre cuidados de prevenção da ITU, promovendo o cuidado de Si e o envolvimento e capacitação da família, estabelecendo uma relação de parceria. • Promoção de cuidados de manutenção do cateter urinário, despejo do saco de drenagem e cuidados na sua substituição, na pessoa idosa algaliada e prevenção da ITU nos doentes abrangidos pela visita domiciliária. • Colaborar com a equipa multidisciplinar no sentido de flexibilizar a relação entre a UCC de Setúbal e o SU, na gestão da alta da pessoa idosa algaliada, com vista à sua monitorização na comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização de competências de investigação no âmbito do cuidado à pessoa idosa; • Aquisição de conhecimentos relativamente a: IACS, ITU, pessoa idosa, avaliação multidimensional da pessoa idosa, medidas básicas de prevenção e controlo de infeção; • Aquisição de competências de gestão de problemas complexos em parceria com a pessoa idosa para a promoção do cuidado de Si; • Número de visitas domiciliárias efetuadas; • Diário de campo reflexivo; • Documento relativo ao levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem relativamente à ITU, utilizando a CIPE; • Estudo de caso; • Apresentação do projeto e evidência científica atual à equipa de enfermagem da UCC; • Feedback da equipa de enfermagem da UCC; • Relatório de estágio.

OBJETIVO GERAL 2: *Promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem na prevenção da ITU na pessoa idosa, pelo evitar algaliações desnecessárias, assim como pela manutenção correta e remoção precoce do cateter vesical na pessoa idosa algaliada.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
2.1. Capacitar a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar relativamente à prevenção das IACS, nomeadamente na prevenção da ITU na pessoa idosa.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão crítica da literatura sobre IACS, ITU e sua prevenção, e pessoa idosa; • Realização de estágio de 2 semanas no GCL-PPCIRA do hospital de referência e 12 semanas numo SU e GCL-PPCIRA de um hospital no distrito de Setúbal; • Envolvimento da equipa de enfermagem e de AO na prevenção da ITU no SU- realização de ações de formação e compilação em suporte digital de todo o conhecimento atual sobre a 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização de competências de investigação no âmbito do cuidado à pessoa idosa; • Aquisição de conhecimentos relativamente a: IACS, ITU, pessoa idosa, avaliação multidimensional da pessoa idosa, medidas básicas de prevenção e controlo de infeção; • Divulgação da evidência científica atual sobre a prevenção da ITU na pessoa idosa; • Resultados das auditorias finais; • Feedback dos participantes nas

	problemática em estudo.	ações de formação (número total de participantes/número total de profissionais); • Relatório de estágio.
2.2. Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção da ITU na pessoa idosa evitando algaliações desnecessárias.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão crítica da literatura sobre IACS, ITU e sua prevenção, e pessoa idosa; • Realização de estágio de 2 semanas no GCL-PPCIRA do hospital de referência e 12 semanas numo SU e GCL-PPCIRA de um hospital no distrito de Setúbal. • Envolvimento da equipa multidisciplinar na prevenção da ITU evitando algaliações desnecessárias-conversas informais em contexto de prática de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização de competências de investigação no âmbito do cuidado à pessoa idosa; • Aquisição de conhecimentos relativamente a: IACS, ITU, pessoa idosa, avaliação multidimensional da pessoa idosa, medidas básicas de prevenção e controlo de infeção; • Feedback da equipa multidisciplinar. • Relatório de estágio

No apêndice V encontra-se o cronograma com as respetivas atividades desenvolvidas ao longo do tempo de estágio.

3.4. Fatores facilitadores e fatores inibidores

Aquando da construção do projeto eram esperados alguns fatores facilitadores e inibidores relativos à implementação do projeto. No entanto outros foram surgindo no decurso do próprio projeto. No apêndice VI encontra-se a análise SWOT.

3.5. Execução e avaliação das atividades desenvolvidas

A avaliação das atividades desenvolvidas é uma fase do projeto importante que implica a pausa e reflexão sobre a forma como decorreu todo o processo com os vários intervenientes, assim como sobre as dificuldades, abordagens, descobertas, e eventuais mudanças de orientação que decorreram ao longo da sua implementação (Castro & Ricardo, 2003). As atividades propostas no projeto inicial foram executadas, no entanto algumas sofreram ajustes por limitações de tempo, da própria equipa e por circunstâncias inesperadas, como foi o caso da adaptação do SU à possível pandemia do vírus Ébola. A descrição e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo da implementação do projeto será efetuada em pormenor no capítulo que se segue.

4.IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A implementação do projeto decorreu no período compreendido entre 29 de setembro de 2014 e 13 de fevereiro de 2015, em contextos distintos de práticas de cuidados: na comunidade e a nível hospitalar. Estes contextos são caracterizados por prestarem cuidados, na sua maioria, à população idosa, alvo de aprendizagem e de cuidados deste projeto.

O enfermeiro especialista deve ser “o enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, p. 8648). Patricia Benner (2001, p. 33) defende também que “os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem”. Assim, para um enfermeiro atingir o nível 5, isto é, para se tornar perito, necessita de adquirir capacidades de decidir e agir a partir de uma situação de modo global, detetando precocemente alterações fisiológicas subtis que outros enfermeiros não detetam, para além de outras capacidades e competências que advêm de uma experiência clínica acrescida (Benner, 2001). Esta capacidade advém de uma prática baseada na evidência, capacidade que se pretende atingir com o cumprimento dos objetivos traçados.

4.1 Análise reflexiva das atividades/estratégias desenvolvidas e avaliação dos resultados

Por forma a demonstrar a evolução sentida ao longo deste estágio, com o objetivo de alcançar competências de enfermeira especialista na vertente pessoa idosa, serão em seguida apresentadas as competências desenvolvidas, de acordo com os objetivos delineados no projeto e propostos para este estágio, relatando e refletindo os resultados, partindo dos objetivos específicos e atividades delineados inicialmente.

OBJETIVO GERAL 1:

“Contribuir como enfermeira especialista para a melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa, em contexto de urgência prevenindo, nomeadamente a ITU.”

Os cuidados de saúde devem incidir sobre padrões de qualidade, assumidos por todos os profissionais nesta área, como práticas rotineiras de cuidar da população, de que deve ser exemplo o exercício da profissão de enfermagem (OE, 2012a). A qualidade exige reflexão sobre a prática, tempo, individualização de cuidados e implementação de estratégias para que esta seja uma realidade (OE, 2012a). A promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social são campos de intervenção do enfermeiro e nos quais este deve investir para a melhoria dos cuidados de saúde (OE, 2012b). Collière, reforça que o enfermeiro tem como missão “procurar tudo o que possa ser desenvolvido, suscitar e estimular o desenvolvimento das capacidades físicas, mentais e sociais para fortalecer o que existe ou o que resta de autonomia, discernir o que deve ser compensado, estimular e libertar as capacidades potenciais” (Collière, 2003, p. 230).

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.1

“Desenvolver competências como enfermeira especialista na realização do diagnóstico das necessidades formativas da equipa de enfermagem num SU, relativamente aos cuidados na prevenção da ITU, no cuidado à pessoa idosa, pela análise da prestação de cuidados de enfermagem ao nível das IACS e procedimento de algaliação.”

Atividade 1

Revisão crítica da literatura sobre IACS, ITU e sua prevenção, e pessoa idosa.

Fundamentação:

O recurso à literatura existente sobre a temática da prevenção da ITU na pessoa idosa foi uma constante ao longo do desenho e implementação do presente projeto, como forma de responder às exigências dos objetivos propostos nos variados contextos de aprendizagem. A revisão sistemática da literatura foi uma atividade desenvolvida ao longo do estágio, recurso fundamental para as sessões de formação e divulgação sobre a temática à equipa de enfermagem e multidisciplinar,

e para a tomada de decisão de práticas de cuidados que envolveram o cuidado à pessoa idosa.

Inerente à concepção atual do que é a enfermagem, torna-se indiscutível a aplicação de uma prática baseada na evidência, que segundo Pereira, Cardoso & Martins (2012, p. 55) se afigura “como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão”.

A pesquisa a este nível tornou-se pertinente pela necessidade de construir um quadro teórico de referência nesta área, por forma a clarificar conceitos e fundamentar a prática de enfermagem, no sentido de divulgar a evidência científica atual, junto da equipa de enfermagem prestadora de cuidados na comunidade e a nível hospitalar, promovendo práticas de cuidados seguras, adequadas à pessoa idosa.

A prática de cuidados efetiva e de qualidade é possível tendo como pilar a investigação (Fortin, 2003). A construção de um projeto de intervenção necessita, como tal, ser baseado na evidência científica, com o intuito da melhoria das práticas de enfermagem (Fortin, 2003). A revisão sistemática da literatura reveste-se assim de extrema importância, sendo um recurso válido de investigação em enfermagem que procura efetuar um levantamento de documentos científicos e extrair deles conhecimento, tendo por base uma metodologia científica (Fortin, 2003).

Esta atividade permitiu, por conseguinte, a aquisição aprofundada sobre o conhecimento científico atual, assim como desenvolvimento de competências na área da investigação, permitindo a implementação de estratégias adequadas aos diferentes contextos de prática de cuidados à pessoa idosa na prevenção da ITU, e cuidados de enfermagem diferentes que lhe estão inerentes.

Atividade 2

Realização do diagnóstico de situação.

Fundamentação:

Esta atividade, pressupõe um conjunto de outras atividades que auxiliaram no desenho do projeto e como tal na sua implementação. Foram assim efetuadas visitas a campo de estágio (UCC de Setúbal, SU e GCL-PPCIRA de um hospital do distrito de Setúbal, e GCL-PPCIRA de Hospitais de Referência), e instituições de

saúde de referência (DGS), reuniões com chefias (enfermeiras chefe dos locais de estágio) e profissionais de saúde de referência (Dra. Elaine Pina da DGS e enfermeiras responsáveis pelos GCL-PPCIRA dos locais de estágio e de Hospitais de Referência).

O contacto com as realidades de prestação de cuidados à pessoa idosa, assim como as sucessivas reuniões com os peritos na área da prevenção e controlo de infeção permitiram a aquisição de saberes relativos não só à temática em si, mas também das estratégias a serem implementadas em contexto de estágio, incitando um pensamento digno de cuidados diferenciados.

Atividade 3

Participação em eventos científicos na área das IACS e pessoa idosa.

Fundamentação:

Na procura pela excelência do exercício da profissão de enfermagem o enfermeiro deverá manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, utilizando de forma competente os recursos que tem ao seu alcance, procurando formação contínua e aprofundada nas áreas da sua competência (OE, 2009). Para além disso o enfermeiro especialista deverá colaborar na divulgação de conhecimentos científicos atuais e de experiências de sucesso, procurando promover a incorporação de conhecimentos que visem a qualidade na prestação de cuidados (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Procurando dar resposta a estes requisitos e adquirir desta forma competências nestas áreas, participei nos seguintes eventos de divulgação científica:

- Congresso da Associação Portuguesa de Infeção Hospitalar – “Prevenir e Combater as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde”, em setembro de 2014;
- 2.ª Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – “Um olhar reflexivo sobre o (in) visível: Intervenção partilhada de enfermagem”, em novembro de 2014. Neste evento, participei com a divulgação da temática em estudo, com a comunicação livre: “A prevenção da infeção do trato urinário (ITU) na pessoa idosa hospitalizada: a intervenção de enfermagem” (ver apêndice VII).
- IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria – “Envelhecimento ativo, saudável e positivo”, em dezembro de 2014. Neste evento, participei com a apresentação de um poster com a temática: “Implicações da Institucionalização da Pessoa idosa – Avaliar para Prevenir” (ver apêndice VIII).

- Curso de “Prevenção e tratamento de Úlceras de Pressão”, promovido pelo Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, em dezembro de 2014. Este curso foi efetuado a convite do GCL-PPCIRA do local de estágio. A participação neste evento foi impulsionada com o intuito de influenciar positivamente a implementação de boas práticas na área da prevenção e tratamento de úlceras de pressão como forma de dar resposta à urgência em combater este evento adverso e assim assegurar a segurança do cliente, principalmente na população idosa.

- 3.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Ordem dos Enfermeiros, em janeiro de 2015. Neste encontro, para divulgação da temática participei com um poster com a temática: “A prevenção da Infecção do Trato Urinário na Pessoa Idosa na Comunidade: o Modelo de Parceria como Suporte de Intervenção de Enfermagem” (ver apêndice IX).

Estas oportunidades de aquisição e divulgação de conhecimentos constituíram um campo de excelência de crescimento e desenvolvimento de competências formativas, comunicacionais e de partilha. Foram ainda desenvolvidas competências relacionadas com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, procurando através do conhecimento adquirido, aplicar uma práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, procurando ser facilitadora nos processos de aprendizagem e agente ativa no campo da investigação. Foram também rentabilizadas as oportunidades de aprendizagem para futura aplicação na prestação de cuidados e ainda divulgado conhecimento adquirido por forma a ser facilitadora de outras aprendizagens atuando como agente dinamizador e gestor de novo conhecimento, interpretando, organizando e divulgando dados provenientes da evidência, contribuindo assim para o desenvolvimento da enfermagem e das minhas competências como futura enfermeira especialista (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). A descrição destes eventos e respetiva reflexão encontram-se no apêndice X.

Atividade 4

Realização de estágio de duas semanas no GCL-PPCIRA do Hospital de Referência e 12 semanas num SU e GCL-PPCIRA de um hospital no distrito de Setúbal.

Fundamentação:

Com o intuito de adquirir conhecimentos e competências na área da prevenção das IACS e assim dar resposta aos objetivos foi realizada um estágio

num local especializado na área do controlo e prevenção da infeção, nomeadamente no GCL-PPCIRA do Hospital de Referência, hospital onde se encontra já implementado um projeto na área da prevenção da ITU. Desta forma foi possível contar com a colaboração de uma enfermeira perita na área. Neste local foi possível participar em: formações de integração de novos profissionais de saúde na instituição, relativas a precauções básicas de controlo de infeção; reuniões e formações multidisciplinares relativas à temática das IACS (nomeadamente no controlo e prevenção da doença por vírus Ébola e por *Legionella*); reuniões com o gabinete de crise para discussão de planos de contingência; e realização de auditorias. Foi também possível, o aprofundamento de conhecimentos relativos a materiais de uso hospitalar para o controlo de infeção e para constituir o EPI; observar estratégias de formação e sua efetividade; e conhecer o sistema informático de apoio à vigilância de infeções/agentes patogénicos da instituição, e procedimentos a serem acionados em algumas situações concretas. Neste âmbito foram desenvolvidas competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, pelo desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados; no domínio da gestão dos cuidados pelo acompanhamento e observação de situações relacionadas com a prevenção e controlo da infeção em que foram otimizadas as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, por forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados, observando a disponibilização da assessoria à equipa multidisciplinar e técnicas de negociação, instrução e demonstração prática de atividades pertinentes para a segurança do doente e profissionais de saúde; e ainda no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pela discussão e observação do levantamento de diagnósticos de necessidades formativas; e rentabilização das oportunidades de aprendizagem. No apêndice XI encontra-se o documento realizado e que narra e reflete sobre o crescimento que esta experiência.

Ainda para dar resposta a este mesmo objetivo, o presente estágio, envolveu o SU de um hospital no distrito de Setúbal, onde foi realizado um estágio de 12 semanas. Foram utilizados como recursos, numa fase inicial a observação de práticas relativas à técnica de algaliação e manutenção do cateter vesical e sistema de drenagem urinária, assim como levantamento de dados relativamente à prevalência de pessoas idosas algaliadas e registos de enfermagem relativos à temática da prevenção da ITU na pessoa idosa. O cumprimento destas atividades

contaram com o apoio dos enfermeiros orientadores desse SU e GCL-PPCIRA desse hospital, principalmente no que diz respeito às auditorias, que permitiram identificar com maior precisão as oportunidades de melhoria no contexto de práticas de cuidados.

- **Auditorias iniciais de avaliação de práticas de enfermagem na prevenção da ITU**

O enfermeiro especialista deve, no âmbito das suas competências, proceder à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo para o efeito utilizar como recurso, as auditorias clínicas, aplicando instrumentos de avaliação de resultado (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). O recurso a auditorias no controlo de infeção é uma estratégia utilizada amplamente por peritos na área do controlo da infeção, devendo ser realizadas por profissionais treinados ou interessados nessa área (ICNA, 2005). Por forma a obter uma avaliação prática dentro de cada padrão a avaliar, é importante que as grelhas de auditoria se adequem aos padrões de qualidade relativos aos procedimentos e políticas instituídas em cada organização (ICNA, 2005). Desta forma é possível garantir o controlo e cumprimento dessas políticas e procedimentos, que devem ser abrangentes, atualizados e permitir a reflexão sobre as boas práticas de cuidados (ICNA, 2005). No presente campo de implementação de projeto, não existiam em vigor quaisquer políticas ou procedimentos relativos à prevenção da ITU, pelo que, tendo em conta a temática, a revisão sistemática da literatura e os conhecimentos adquiridos no estágio realizado no GCL-PPCIRA, foi construído um procedimento de enfermagem relativo à prevenção da ITU, e de acordo com o mesmo, foram desenhadas grelhas de observação, tendo como pilar o documento da ICNA, de 2005 com o intuito de auditar as práticas de cuidados relativas à prevenção da ITU. Foi estruturado um documento que se encontra no apêndice XII, sobre as grelhas construídas e auditorias realizadas.

Foram assim efetuadas auditorias aos cuidados de enfermagem relativos à prevenção da ITU no período de 8 a 19 de dezembro de 2014, antes da implementação do projeto e relativas a: hidratação oral (24 observações); procedimento de algaliação (10 observações) e manutenção do cateter urinário e sistema de drenagem urinária (10 observações). Não foi possível realizar auditorias relativamente à remoção do cateter urinário, durante o período de estágio, não se verificar nenhum caso de remoção deste dispositivo, excetuando as efetuadas por

mim, em contexto de alta de clientes para o domicílio. Apesar de ser algo defendido ao longo do estágio e prática de cuidados naquele contexto, tal situação poder-se-á justificar, pelo fato de se transferirem muitos doentes para os restantes serviço com necessidade de manutenção da algaliação por vigilância.

Verificou-se ainda a necessidade de compreender os conhecimentos e características dos assistentes operacionais, que colaboram no despejo do saco de drenagem urinária, procedimento delegado e supervisionado por enfermeiros. Para tal foram aplicados questionários e efetuadas auditorias relativamente ao despejo do saco de drenagem urinária.

O questionário é um recurso para a colheita de dados, visando a compilação de respostas relativas a um determinado assunto, acontecimento, crenças, atitudes, sentimentos e até mesmo opiniões (Fortin, 2009). Este instrumento, construído especificamente para este campo de estágio continha 10 perguntas de resposta fechada e foi construído um documento de análise sobre os resultados do respetivo questionário (ver apêndice XIII). Este meio de colheita de dados foi escolhido por exigir pouco tempo para a sua aplicação, não necessitando da intervenção de um entrevistador, permitindo ainda, o anonimato (Fortin, 2009). O questionário foi aplicado a todos os AO que no período de 8 a 19 de dezembro de 2014, se encontravam a exercer funções. Relativamente às auditorias foram realizadas um total de 20 observações, correspondendo a procedimentos efetuados por AO distintos, isto é, por 20 AO. Os resultados das auditorias foram analisados em pormenor e encontram-se no apêndice XII.

Os resultados principais das auditorias foram obtidos, tendo por base o cálculo do índice de qualidade, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Qualidade (IQ)} = \frac{\text{total de respostas SIM em todas as observações}}{\text{total de respostas aplicáveis (sim + não)}} \times 100\%$$

- A. Hidratação oral: IQ de 27,1%.
- B. Procedimento de algaliação: 51,9%.
- C. Manutenção do cateter urinário e sistema de drenagem urinária: 58,18%.
- D. Despejo do saco de drenagem urinária: 26,88%.

Estes resultados revelam índices de qualidade baixos, estando relacionados com défices nas práticas de cuidados básicos de prevenção e controlo de infeção e atualização de conhecimentos. Assim destaca-se que:

- A pessoa idosa raramente era incentivada a ingerir líquidos ao longo do turno;
- A água e alternativas, quando disponibilizadas eram escassas no SU/SO talvez também por isso sejam uma medida pouco incentivada pelos profissionais;
- As garrafas de água, grandes ou pequenas, nem sempre se encontravam acessíveis à pessoa idosa, em parte devido à estrutura física do SO (espaço e mesas de apoio escassas), mas por outro lado as garrafas nem sempre são um recurso fácil para a pessoa idosa agarrar e beber;
- Os enfermeiros usavam corretamente as luvas limpas e as esterilizadas, no entanto, à semelhança dos AO nem sempre efetuavam a higiene das mãos antes e após os procedimentos. Os AO não utilizam corretamente as luvas limpas, não procedendo à sua substituição quando trocam de doentes.
- Os kits de algaliação e campos esterilizados não eram utilizados no procedimento de algaliação, verificando-se apenas o recurso à utilização de um campo numa das observações.
- A lavagem da região perineal antes do procedimento de algaliação, não era efetuada com água e sabão, e o soluto utilizado para desinfeção era a iodopovidona.
- A lavagem da diária da região perineal em clientes algaliados era efetuada com água e sabão, mas posteriormente era utilizada na lavagem a iodopovidona espuma, não se utilizando o soro fisiológico;
- Em nenhuma observação foi efetuada a fixação do cateter urinário, no entanto existia o cuidado de fixar o saco de drenagem urinária abaixo do nível da bexiga;
- Existia o cuidado em manter o sistema urinário fechado logo na altura da sua inserção.
- A lubrificação e anestesia não era efetuada com recurso à utilização a sistema de dose única.
- Em duas observações verificou-se que o saco de drenagem tocou no chão.

- Não existiam dúvidas por parte dos enfermeiros na execução da técnica de algaliação, mas em relação a práticas atuais que visem a qualidade dos cuidados existe.

- Existia a preocupação de manter a permeabilidade do sistema de drenagem urinária e de despejar o saco quando este se encontrava perto da sua capacidade média.

- Os registos de enfermagem relativos à hidratação, algaliação e manutenção do sistema de drenagem urinária eram escassos e incompletos, faltando informações relativas ao motivo da algaliação, volume de água introduzida no balão do cateter urinário, dia da algaliação e quando deve ser substituído ou avaliada a necessidade de remoção, assim como características da urina e por vezes o débito do turno.

- Os AO não usavam de forma correta os aventais e máscaras de proteção, no despejo dos sacos de drenagem urinária;

- Não existia o cuidado de evitar salpicos ou de contaminar a torneira na altura do despejo, encostando-a aos bordos do jarro e não procedendo à sua secagem com compressa/papel mecha no final do despejo;

- O despejo do saco de drenagem urinária não era sempre efetuado para jarro limpo, devendo-se em parte ao fato de, no serviço existir apenas um jarro, por um lado, e por outro ser a mesma AO no mesmo turno a efetuar o despejo de todos os sacos de drenagem do SO.

- **Determinação da prevalência de idosos algaliados no SU/SO**

A 16 de novembro de 2014 foi efetuado um levantamento do número total de clientes internados, verificando-se um total de 29, sendo que, cerca de 11 se encontravam algaliados, com média de idades de 86,4 anos (todos possuíam idades superiores a 65 anos). De que se verificou que a taxa de prevalência de utentes nesse dia era de **38%**. Partindo do pressuposto que a algaliação é um procedimento que deve ser evitado em particular na pessoa idosa (HICPAC, 2009; EAUN, 2012; APIC, 2014), consideramos que uma taxa de prevalência de 38% é elevada, pelo que se verificou um problema neste contexto de cuidados e uma necessidade de intervir a este nível.

- **Análise dos registos de enfermagem**

Analisar os registos de enfermagem revelou-se uma estratégia necessária e fundamental para completar o diagnóstico no SU/SO, e dessa forma compreender o

que é registado pela equipa de enfermagem, avaliando necessidades e o estado da arte no contexto de práticas. Os registos de enfermagem são indispensáveis e importantes para a continuidade de cuidados, sendo o reflexo das intervenções dos enfermeiros e respetivos resultados, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e visibilidade da profissão de enfermagem (Martins et al, 2008; OE, 2012a). Pela análise documental e também observação participante é possível identificar, verificar e apreciar os registos de enfermagem, procurando colher o máximo de informação relativamente ao que é feito e ao que é registado, constituindo um meio estável de obtenção de informação, que não se altera com o ambiente ou intervenientes (Souza, Kantorski & Luis 2011).

Com a análise dos registos de enfermagem pretendia-se avaliar as informações colhidas sobre a pessoa idosa hospitalizada no SU/SO, principalmente no que concerne à prevenção da ITU, e quais as intervenções de enfermagem tendo por princípio de sustentação o Modelo de Parceria (Gomes, 2009; Gomes, 2013). Para que tal fosse exequível foi construída uma grelha de análise, respeitando os indicadores de cada fase do processo de parceria, e que se encontra no apêndice XIV, sendo posteriormente analisados os resultados em pormenor (ver apêndice XV).

Sucintamente, dos processos informáticos avaliados constatou-se que os registos de enfermagem estavam incompletos, sendo a maioria da informação relativa a antecedentes médicos e cirúrgicos, ou dados biográficos, que no entanto são inseridos automaticamente no processo do cliente assim que a sua inscrição é efetuada no sistema informático hospitalar ou resultam da colheita de dados médica. Dados relativos a pormenores da sua identidade, como crenças, gostos pessoais, habilitações literárias, nome pelo qual prefere ser tratado/a, e relativos ainda ao contexto familiar e social, rede de apoio, significado e impacto da doença, sinais e sintomas de ITU, história de algaliação, data de colocação/substituição do cateter urinário, problemas identificados na pessoa idosa, assim como dados relativos ao familiar e problemas, não eram colhidos num primeiro contacto com a pessoa idosa. No que diz respeito à avaliação multidimensional da pessoa idosa, esta avaliação prendia-se apenas com a avaliação da escala de Braden, uma das escalas que compõe um requisito de avaliação obrigatório no serviço, na entrada e turnos da manhã.

O tipo e qualidade da relação estabelecida, a construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir/partilha de poder e responsabilidade, o desenvolvimento de competências para atingir objetivos comuns, neste caso na prevenção da ITU e a preparação para alta, pelo desenvolvimento de competências para prevenir a ITU, eram dados inexistentes nos processos nesta primeira avaliação.

Estes resultados podem também ser explicados pela escassez de tempo, pela grande afluência de uma população necessitada de grande complexidade de cuidados e ainda pela altura do ano, em que se registam idas consideráveis ao serviço de urgência e grande número de internamentos. A avaliação inicial da pessoa idosa no SU é determinante para a prestação de cuidados subsequentes, e como tal, inevitavelmente, os SU, deverão reunir estratégias por forma a promover práticas de saúde seguras na admissão e alta da pessoa idosa (Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). Foi por isso necessário reforçar, junto da equipa, a importância do estabelecimento de uma relação tendo por base a parceria de cuidados, a necessidade dos registos de enfermagem, assim como de organizar um modelo de resumo mínimo de dados relativos à pessoa idosa que recorre ao SU/SO, em particular no contexto de urgência e da prevenção da ITU.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.2

“Desenvolver competências clínicas como enfermeira especialista na abordagem à pessoa idosa, promovendo o cuidado de Si, na prevenção da ITU.”

Para concretizar este objetivo específico, e à semelhança do anterior, foi efetuado estágio no SU/SO, efetuando permanentemente ao longo deste período a revisão da literatura sobre a temática em estudo, desenvolvendo ao mesmo tempo a atividade que se descreve em seguida.

Atividade

Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa no SU/SO, com recurso à avaliação multidimensional da pessoa idosa, implementando intervenções de enfermagem individualizadas de acordo com as necessidades identificadas na prevenção da ITU, promovendo o cuidado de si.

Fundamentação:

A prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e individualizados à pessoa idosa revelou-se uma mais-valia pela objetivação dos conhecimentos

teóricos resultantes da pesquisa, permitindo o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência científica, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e desenvolvendo competências de gestão e liderança nos diferentes contextos de práticas de cuidados (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Inerente à concretização desta atividade encontra-se a realização de uma nota de campo (ver apêndice XVI) e a realização de um estudo de caso no SU/SO (ver apêndice XVII), com recurso à avaliação multidimensional da pessoa idosa e Modelo de Parceria (Gomes, 2009; Gomes, 2013).

Alarcão (2001) defende que é no contexto da prestação de cuidados que os conhecimentos são mobilizados, permitindo a reflexão na ação e sobre a ação, levando à construção de novo saber. Segundo Johns (2014) o praticante deve efetuar uma reflexão guiada sobre a sua ação, seguindo para tal o ciclo reflexivo de Gibbs como orientação. Como tal, neste processo de aprendizagem, foi possível a aquisição de competências pela realização da nota de campo.

Pela realização de um estudo de caso durante o estágio, foi assim possível refletir profundamente sobre a colheita de dados inicial, avaliação multidimensional, intervenções de enfermagem individualizadas e relação de parceria em contexto de urgência. Face ao executado foi possível concluir que é possível a concretização de uma colheita de dados no SU mas atendendo a determinadas especificidades próprias deste tipo de serviço. A relação de parceria também é passível de implementação, pelo estabelecimento de uma relação de confiança, criação de um ambiente seguro, identificação de necessidades imediatas, assegurando o cuidado de Si no momento e permitindo a sua colaboração nos cuidados, para que posteriormente, ou assim que for possível a pessoa idosa ou seu familiar, sejam capacitados para a continuação do projeto de vida, principalmente no que concerne ao controlo a infeção e prevenção da ITU (Gomes, 2009; Gomes, 2013).

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.3

“Melhorar o padrão de prestação de cuidados, monitorização sistemática e avaliação na prevenção da infeção urinária na pessoa idosa no SU/SO.”

A prestação de cuidados à pessoa idosa/família revelou-se uma atividade imprescindível para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista nesta área do cuidado, pelo conhecimento da pessoa e relação que implica, assim como pela mobilização de conhecimentos, gestão e planeamento de cuidados e

capacitação dos intervenientes que lhe está inerente (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

A concretização deste objetivo foi possível pela realização de várias atividades. A RSL sobre a temática em estudo, as visitas a campo de estágio e a outros campos de interesse (como o Hospital Beatriz Ângelo e o Centro Hospitalar Barreiro Montijo) assim como a realização de estágio, foram atividades que permitiram o crescimento progressivo como futura enfermeira especialista, pela mobilização de conhecimentos e aplicação no contexto de cuidados que implicou e pela adequação de estratégias de aprendizagem e de cuidar aplicadas. As atividades que se seguem, foram estratégias específicas para atingir este objetivo, e são explicadas em seguida.

Atividade 1

Divulgação do projeto à equipa multidisciplinar em ações formais e informais.

Fundamentação:

Desenvolver um projeto de índole académica, no seio de uma equipa multidisciplinar requer o envolvimento de todos os membros e como tal, torna-se imperativo a apresentação e discussão sobre o que se pretende concretizar. Tal como defende Mateus (2011, p.5) “A metodologia de trabalho de projeto está relacionada com uma visão interdisciplinar e transdisciplinar do saber. A necessidade de um plano de ação tem como objetivo uma antevisão, um momento de reflexão em grupo, mas este plano será flexível, aberto, sujeito a reajustamentos de conteúdos, de metodologias, calendários.

Foi assim apresentado à equipa de enfermagem do SU/SO o projeto de estágio em Novembro de 2014 (ver apêndice XVIII), inicialmente em sessão formal marcada para o efeito e com divulgação via *e-mail*, oral e através de afixação de informação escrita na sala de enfermagem, completada por conversas e exposições informais em sala de repouso de enfermagem, tendo sido discutido entre os participantes as várias formas de articulação possível, desde o diagnóstico à monitorização e ao acompanhamento pós-alta. Os médicos e AO foram envolvidos de forma informal, notando-se desde o início curiosidade e interesse por parte de alguns médicos para o desenvolvimento deste projeto.

Esta atividade permitiu assim o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade assistencial pelo papel dinamizador no seio da

equipa, da gestão de cuidados com o objetivo de otimizar a resposta desta mesma equipa e pelo desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade, constituindo a base de ação para todo o estágio (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Atividade 2

Implementação do projeto em contexto de estágio no SU/SO.

Fundamentação:

A implementação do projeto comportou quatro fases, baseadas nas indicações da APIC (2014) para a implementação de projetos com o objetivo de prevenir a ITU e apresentadas aquando da divulgação do projeto à equipa (ver apêndice XVIII). Projetos de ação organizados e que considerem o envolvimento dos intervenientes, conhecimento científico e prática baseada na evidência científica recente, podem obter resultados positivos nas organizações de saúde (APIC, 2014). Desta forma, este projeto foi implementado nas seguintes fases: envolvimento (RSL, conhecimento das várias realidades, construção do procedimento e auditorias iniciais), partilha da evidência (RSL, prestação de cuidados, formação, pósteres, lembretes), execução (RSL, envolvimento da equipa, implementação do procedimento) e avaliação (RSL, auditorias de avaliação, tratamento dos dados, avaliação dos indicadores, apresentação dos resultados – nota de campo, estudo de caso e relatório final).

A implementação do projeto contou com alguns obstáculos, inerentes a um serviço de urgência (como a carga de trabalho, cansaço da equipa, entre outros) e outros inesperados relacionados com o aparecimento da pandemia por vírus Ébola e por *Legionella*, entraves para a adesão ao projeto, mas oportunidades ricas para o desenvolvimento de competências pela colaboração pedida pela chefia nas formações ministradas à equipa multidisciplinar sobre o controlo de infeção nesta área.

Tendo em linha de conta os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, considero que esta atividade permitiu não só conceber, gerir e colaborar num programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, assumindo um papel dinamizador numa iniciativa na área da governação clínica com

a criação de um projeto inédito no âmbito da ITU neste hospital. (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Atividade 3

Construção e implementação de um “Procedimento de algaliação, manutenção e remoção precoce do cateter urinário”, no SU.

Fundamentação:

Tendo como base de sustentação a RSL, orientações internacionais da HICPAC, normas da DGS e conhecimentos adquiridos aquando do estágio e reuniões no GCL-PPCIRA foi construído o *“Procedimento de algaliação, manutenção e remoção precoce do cateter urinário”* (ver apêndice XIX), para aplicar no SU/SO. Mori (2014) refere que a existência de protocolos de enfermagem pode reduzir a incidência e duração da algaliação e, como tal, a redução da ITU associada à presença de cateter urinário. Foi assim apresentado o procedimento à equipa de enfermagem, em ação de formação em janeiro de 2015, para aplicação imediata. Verificou-se posteriormente, por parte dos enfermeiros que participaram na formação, um cuidado em atender aos vários passos do procedimento durante as suas práticas, assim como o esclarecimento de dúvidas em contexto informal, procurando-me sempre que a temática fosse a ITU.

Procurei uma vez mais, com esta atividade em particular, desenvolver competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, promovendo a criação de um ambiente seguro terapêutico para a pessoa idosa, mobilizando conhecimentos e dinamizando a equipa de enfermagem (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Atividade 4

Construção e divulgação do algoritmo de atuação sobre a “Avaliação da necessidade de algaliação” e de pósteres informativos relativos à “Inserção do cateter urinário”, “Manutenção do cateter urinário”, “Remoção do cateter urinário”; e ainda “Despejo do saco de drenagem urinária”.

Fundamentação:

A construção do algoritmo de atuação para a “Avaliação da necessidade de algaliação” (apêndice XX), surgiu da necessidade de advertir a equipa de enfermagem, e como consequência a equipa médica, das algaliações desnecessárias, sendo o algoritmo uma forma rápida de analisar o contexto de

cuidados e alternativas existentes, funcionando como meio complementar da formação da equipa. O algoritmo de atuação é um instrumento construído “a partir de evidências científicas para subsidiar a prática baseada em evidências, que norteia a tomada de decisão da equipe de saúde, proporciona uma visão ampla de todo um processo e facilita o gerenciamento do cuidado de enfermagem” (Pott, Ribas, Silva, Souza, Danski. & Meier, 2013, p.238).

O presente algoritmo foi realizado com a colaboração do GCL-PPCIRA e apresentado à equipa de enfermagem em sessão formativa realizada em janeiro de 2015.

Os pósteres informativos (apêndice XXI) foram construídos tendo como fio condutor a evidência científica atual, condensando os aspetos mais pertinentes relativos a cada assunto. Os pósteres são um recurso educativo podendo ser utilizado como estratégia no processo formativo devendo contudo a sua linguagem e informação ser adequada a quem se dirige (Carvalho & Carvalho, 2006). Na construção dos pósteres houve o cuidado de sintetizar a informação e adequá-la ao grupo alvo (enfermeiros ou AO). Foi sugerida a afixação destes documentos em pontos estratégicos do serviço e aceite pela coordenação do SUG/SO, ficando no entanto a aguardar-se a impressão, que ficou a cargo da instituição.

Atividade 5

Implementação dos lembretes virtuais como recurso para a avaliação da remoção precoce do cateter urinário.

Fundamentação:

A monitorização do uso de cateteres urinários com recurso a lembretes para a remoção precoce desses em doentes internados por necessidade de cuidados em situação crítica, pode reduzir a necessidade de cateter urinário e como tal, reduzir o risco de ITU por presença desse dispositivo (Chen, Chi, Chen, Chan, Chou & Wang, 2013).

Existindo uma prevalência de pessoas idosas algaliadas no SU, tornou-se importante implementar esta medida como forma de reduzir o risco de ITU. Após discussões informais com a equipa de enfermagem e reuniões com a enfermeira coordenadora do serviço, foi possível definir a melhor estratégia para implementar esta medida. Decidiu-se criar individualmente, no sistema informático um lembrete associado ao registo de diurese dos utentes, para monitorizar desta forma a

necessidade do cateter urinário, uma vez que, este é o sistema em uso no serviço, não existindo, para além disso, verbas disponíveis para alterar o sistema para que possa introduzir um alerta para a monitorização do cateter urinário.

Até ao término do estágio verificou-se a adesão de alguns enfermeiros a esta prática. Com o desenvolvimento desta atividade, foi possível desenvolver competências na prática profissional pela formulação de juízos baseados no conhecimento para a ação, participando “na construção da tomada de decisão em equipa “ (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, p.8649).

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.4

“Intervir na comunidade, prevenindo a infeção urinária na pessoa idosa, com envolvimento da família e da equipa multidisciplinar de cuidados de saúde primários.”

Na comunidade, a concretização deste objetivo foi possível pela realização de várias atividades, sendo uma vez mais a RSL sobre a temática em estudo uma atividade transversal. Em seguida são exploradas as atividades realizadas em concreto para atingir este objetivo.

Atividade 1

Realização de estágio de quatro semanas numa UCC, no distrito de Setúbal.

Fundamentação:

O estágio na comunidade decorreu numa UCC, no distrito de Setúbal, como já referido, onde foi possível o acompanhamento da equipa de enfermagem na comunidade durante quatro semanas, num período compreendido entre 29 de setembro a 24 de outubro de 2014. Neste contexto foi desenvolvida uma observação participante, no que diz respeito ao cuidado à pessoa idosa e família na comunidade, principalmente na prevenção da ITU.

No decorrer deste estágio, várias foram as estratégias de aprendizagem, sendo a visita domiciliária uma delas. A realização de um diário de campo reflexivo (apêndice XXII); a realização de um estudo de caso sobre um idoso tendo como incidência a temática da ITU (apêndice XXIII); a redação de um documento relativo a intervenções tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE©) (apêndice XXIV); apresentação do projeto e divulgação sobre a temática da ITU de acordo com a evidência científica atual (apêndice XXV);

reuniões e conversas informais com a equipa da UCC; construção de um panfleto com informação para a pessoa idosa/Família para a prevenção da ITU (ver apêndice XXVI) e a reflexão final sobre o estágio na comunidade (apêndice XXVII), foram estratégias encontradas para a aquisição de competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa idosa.

A visita domiciliária constitui um instrumento importante para a prática de cuidados de enfermagem na comunidade, permitindo o conhecimento do ambiente onde se insere a pessoa idosa/família (USP, IDS & MS, 2001). Recorrendo à visita domiciliária, é possível determinar as suas necessidades em saúde, mas também as relações familiares, os estilos de vida dos vários conviventes, as formas de solidariedade entre gerações e como os familiares contribuem para o processo de cura/projeto de saúde da pessoa idosa (USP, IDS & MS, 2001). A participação nas visitas domiciliárias realizadas pela equipa de enfermagem foram uma constante, revelando-se um campo de aprendizagem de excelência pelo conhecimento de uma sociedade, onde presto cuidados, mas cuja realidade desconhecia na íntegra. Foram efetuadas em média cinco visitas por dia, a um total de 15 clientes durante o período de estágio.

A reflexão é também uma ferramenta para a autoformação e desenvolvimento de competências, e que foi concretizável em estágio a partir da elaboração de um diário reflexivo e de uma reflexão final sobre as experiências vividas na comunidade. Estes processos cognitivos sobre as práticas diárias e experiências vividas num determinado contexto facilita a incorporação do conhecimento (Bártolo, 2007).

A realização do documento relativo ao levantamento dos diagnósticos e intervenções tendo por base a CIPE, revelou-se uma tarefa trabalhosa, no entanto produtiva, permitindo o desenvolvimento de competências relacionadas com a melhoria contínua da qualidade e o domínio das aprendizagens profissionais, pela criação de respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da pessoa idosa (Regulamento n.º 168/2011 de 8 de Março de 2011).

Relativamente às conversas informais com os elementos da equipa e reuniões com a chefia em estágio, revelaram-se momentos importantes para divulgação do projeto e partilha de experiências e saberes, tal como defendido por Alarcão & Roldão (2010).

A apresentação do projeto e divulgação do conhecimento científico atual sobre a temática da ITU na pessoa idosa, foi planeada inicialmente para ser uma exposição formal, dadas as características da população alvo desta formação (Carvalho & Carvalho, 2006), no entanto, teve de ser adaptada às circunstâncias e local. A sessão formativa acabou por se revelar um momento de reflexão com toda a equipa, ao ser apresentada na reunião semanal, momento em que todos os intervenientes participaram ativamente. Práticas de espontaneidade e informalidade em contexto de aprendizagem são importantes e necessárias para uma prática da enfermagem que se pretende que seja desenvolvida de forma contínua sendo importante que este processo seja “ancorado na reflexão coletiva sobre a ação, visando a reconceptualização permanente das práticas profissionais” (Pinheiro, Macedo & Costa 2014, p. 102). A equipa considerou uma temática pertinente naquele contexto e no contexto hospitalar, mostrando-se esclarecida e agradada com a apresentação dos conteúdos, ficando a vontade e a promessa de cumprir as indicações internacionais e nacionais para a prevenção da ITU.

Este estágio tornou-se fundamental por se centrar no ambiente natural da pessoa idosa, permitindo o conhecimento sobre si e sobre o que a rodeia, os seus recursos disponíveis e as interações que se estabelecem. Tal como defende Collière (1999, p.151) “os cuidados não têm sentido senão em relação com a sua realidade, com a maneira como a pessoa vive – entre outras coisas – como vive a sua doença”. Também Gomes (2013) defende que os enfermeiros devem ver a pessoa idosa como uma entidade dinâmica e única, inserida num contexto, que deve ser compreendido para uma prestação de cuidados efetiva.

Conhecer a pessoa idosa no seu ambiente natural, permite visualizá-la na íntegra, permitindo adequar cuidados de enfermagem às suas reais necessidades, agindo adequadamente sobre e com a comunidade, promovendo mais facilmente a sua autonomia e a resolução de problemas (Gomes, 2013).

Atividade 2

Deteção de necessidades relativas à prevenção das ITU, aconselhar a pessoa idosa e família, sobre cuidados de prevenção da ITU, promovendo o cuidado de Si e o envolvimento e capacitação da família, estabelecendo uma relação de parceria.

Fundamentação:

Esta atividade foi concretizada partindo de outras, como sejam a visita domiciliária, as reflexões e a elaboração do estudo de caso.

Durante a experiência na comunidade houve contacto com alguns utentes com cateter vesical no domicílio, embora os cuidados que lhe estão inerentes, não constituíssem a maioria dos cuidados prestados na comunidade. Mesmo assim, foi possível, neste contexto, prestar cuidados diferenciados e individualizados ao Sr. J., estabelecendo uma relação de parceria e elaborando um estudo de caso (apêndice XXIII).

O recurso a estudos de caso proporciona a capacidade de interiorizar conhecimentos relativos a determinados conceitos, sendo um instrumento essencial na aprendizagem (Benner, 2001). A realização deste estudo de caso revelou-se uma metodologia de aprendizagem importante, pela exigência do conhecimento da pessoa idosa, família e contexto social; pela necessidade de pesquisa, interligação de conhecimentos anteriores de envelhecimento e ITU e que contribuíram para o enriquecimento profissional e aplicação prática da avaliação multidimensional da pessoa idosa.

Desta forma, foi possível a aquisição de competências pela gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e ainda pelo desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade com recurso a uma praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Atividade 3

Promoção de cuidados de manutenção do cateter urinário, despejo do saco de drenagem e cuidados na sua substituição, na pessoa idosa algaliada e prevenção da ITU nos doentes abrangidos pela visita domiciliária.

Fundamentação:

Apesar de o tempo de estágio na comunidade ser limitado (quatro semanas), de os cuidados na comunidade serem prestados por um enfermeiro de cuidados gerais e de a maioria da necessidade de cuidados no domicílio das visitas efetuadas se prender com o tratamento a feridas crónicas foi possível intervir, em colaboração com a equipa no terreno, sobre a ITU em alguns doentes na comunidade, e assim adquirir competências de enfermeira especialista neste âmbito. Pela observação

participante sobre os cuidados inerentes a estes clientes algaliados e/ou em risco de desenvolverem ITU, foi possível analisar os contextos, mobilizar conhecimentos e refletir sobre as práticas na comunidade. Constatei que o enfermeiro na comunidade tem um papel relevante na análise de cada caso em particular, relativamente à algaliação e remoção precoce do cateter urinário, denotando ainda algum cuidado relativamente às medicações que estes fazem no domicílio (antibioterapia, diuréticos, etc.) e à sua alimentação e hidratação tendo o cuidado de sugerir alternativas (na alimentação e hidratação) quando estes doentes não são totalmente colaborantes. No entanto, e pela observação direta de algumas práticas relativas ao procedimento de algaliação, nem sempre são cumpridos os princípios de assepsia e indicações tal como descritas nas *guidelines* internacionais (HICPAC, 2009; APIC, 2014). Este aspeto foi colmatado pelas conversas informais e apresentação informal sobre a temática desenvolvida em reunião com a equipa da UCC.

Atividade 4

Colaborar com a equipa multidisciplinar no sentido de flexibilizar a relação entre a UCC e o SU, na gestão da alta da pessoa idosa algaliada, com vista à sua monitorização na comunidade.

Fundamentação:

A preparação para alta foi de facto uma lacuna encontrada aquando da observação participante dos cuidados prestados na comunidade à pessoa idosa. A maioria dos idosos referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, vindos do hospital, não vêm com dados relativos ao internamento e necessidades nos cuidados pós alta, e os que trazem, na sua maioria, têm essa informação incompleta. Em conversas informais, constatei que é um problema habitual e uma preocupação por parte da equipa de enfermagem que presta cuidados, mas que ainda não conseguiram resolver na medida em que depende muito das respostas dadas pela equipa multidisciplinar hospitalar de onde provêm os clientes. Augusto et al (2005, p.47-48) referem que “ (...) para garantir a continuidade de cuidados e a utilização apropriada dos recursos, as equipas de saúde responsáveis pelo referido planeamento, devem identificar o mais cedo possível as necessidades em cuidados após a alta, desenvolvendo com a participação do cliente e seus familiares (ou pessoa significativa) planos de cuidados apropriados que minimizem o risco de readmissões ou de complicações,

promovendo ações programadas de ensino (informação, demonstração e treino), envolvendo-os desde o início do processo de cuidados.”

O enfermeiro é uma peça fulcral em todo este procedimento, em particular o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente pessoa idosa, pela sua sensibilidade e conhecimento relativo à avaliação multidimensional desta população. É papel do enfermeiro especialista nesta vertente deter conhecimentos sólidos, seguros e competentes, capazes de dar resposta às dúvidas do cliente e família na preparação para a alta, preparando-os para o contexto dos cuidados no domicílio, acionando os recursos necessários para atender às suas dificuldades, neste caso em particular, relativamente aos cuidados na manutenção do cateter urinário e sistema de drenagem, prevenção da ITU e monitorização de complicações associadas, promovendo uma interligação adequada entre os cuidados a nível hospitalar e na comunidade (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Perante este quadro, e já em contexto hospitalar, em conversa informal com a enfermeira que integra a Equipa de Gestão de Altas do hospital onde foi efetuada a implementação do projeto, falei-lhe desta problemática referindo a necessidade de uma interligação mais forte entre o SU/SO e a comunidade, com a sua colaboração.

OBJETIVO GERAL 2:

“Promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem na prevenção da ITU na pessoa idosa, pelo evitar algaliações desnecessárias, assim como pela manutenção correta e remoção precoce do cateter vesical na pessoa idosa algaliada.”

Este objetivo foi desenhado com o intuito de dar continuidade ao projeto proposto, pelo cumprimento das diretrizes internacionais e nacionais e tendo ainda como orientação os resultados da RSL efetuada, relativas à prevenção da ITU, implementando o procedimento e verificando o seu cumprimento, assim como sensibilizando a equipa multidisciplinar para esta problemática, durante a concretização do estágio no SU/SO.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1

“Capacitar a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar relativamente à prevenção das IACS, nomeadamente na prevenção da ITU na pessoa idosa.”

Atividade 1

Realização de ações de formação à equipa multidisciplinar, com ênfase na higiene das mãos e prevenção da ITU, nomeadamente no procedimento de algaliação, manutenção e remoção precoce do cateter urinário e despejo do saco de drenagem.

Fundamentação:

A formação em contexto de trabalho é uma ação pertinente e vital quer para o indivíduo, quer para a organização de saúde (Bártolo, 2007). Este tipo de aprendizagem é favorecida pela objetividade e aplicabilidade dos conteúdos, favorecendo uma dinâmica reflexiva sobre a prática profissional, e como tal a apreensão de conhecimentos individuais e coletivos, pela sua acessibilidade (Bártolo, 2007).

Pela análise das auditorias iniciais verificaram-se as necessidades de formação dos enfermeiros na melhoria de práticas associadas à prevenção da ITU e relativas a uma relação de parceria com a pessoa idosa. Confrontando os resultados dos questionários aplicados às AO com as auditorias iniciais, verificou-se também a necessidade de reforçar e atualizar conhecimentos em relação ao despejo do saco de drenagem urinária a este grupo profissional.

Face aos primeiros resultados, e suportada pela RSL e diretrizes internacionais e nacionais foram realizadas ações de formação aos enfermeiros (ver apêndice XXVIII) do SU/SO, de 19 a 22 de janeiro de 2015, realizando um total de cinco sessões para permitir o envolvimento dos elementos das cinco equipas de enfermagem. Estas formações foram ministradas em conjunto com duas colegas da especialidade, em estágio neste serviço, envolvendo ainda uma ação de formação relativa ao resumo mínimo de dados e Modelo de parceria, conjuntamente. Foi efetuada uma proposta de aplicação de um documento específico para a avaliação inicial da pessoa idosa no SU (ver apêndice XXIX). Relativamente à temática da ITU, foram apresentados os resultados da primeira auditoria, assim como reforçada a importância da higiene das mãos, apresentando os conteúdos mais atualizados sobre temática em estudo, mostrando o *“Procedimento de algaliação, manutenção e remoção precoce do cateter urinário”*, assim como o algoritmo de *“Avaliação da necessidade de algaliação”*. A ação de formação incidiu ainda sobre a preparação para a alta da pessoa idosa com cateter urinário, incentivando a realização de carta de alta e educação para a saúde tendo como recurso dois panfletos elaborados

neste âmbito (ver apêndice XXX). As apresentações foram realizadas na sala de formação do SU/SO, com recurso ao data-show, permitindo o diálogo e esclarecimento de dúvidas.

A sessão de formação aos enfermeiros contou com uma adesão de cerca de 50,84%, contando com cerca de 30 participantes. Como forma de diminuir esta ausência a informação foi transmitida por *e-mail* e os restantes elementos foram abordados informalmente ao longo dos turnos ou momentos de pausa, estando sempre disponível para o esclarecimento de dúvidas.

Apesar da carga de trabalho, cansaço e desmotivação da equipa, os enfermeiros demonstraram vontade de implementar as intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica. No final da formação, os enfermeiros verbalizaram tratar-se de assuntos pertinentes e mostraram-se na globalidade agradados com a sessão formativa.

Relativamente às formações realizadas às AO (ver apêndice XXXI), foram efetuadas em conjunto com uma colega deste curso, cuja temática incidiu também sobre as IACS, sendo as nossas formações complementares. Foram realizadas cinco sessões entre os dias 3 e 6 de fevereiro de 2015, de forma a permitir a adesão dos elementos das cinco equipas. A ação de formação incidiu sobre o despejo do saco de drenagem urinária, apresentando numa primeira fase os resultados do questionário e auditoria inicial, e um poster elucidativo de como devem proceder ao despejo do saco. Durante a formação e ao longo dos turnos recorreram a mim para esclarecimento de dúvidas sendo inclusive demonstrada a forma correta de proceder ao despejo do saco.

A sessão de formação aos AO contou com uma adesão de cerca de 47,61%, contando com cerca de 30 participantes, de um total de 63 AO (incluindo os 9 maqueiros). No final da apresentação formal, os AO referiram que esta foi clara, objetiva e relevante para a sua prática diária.

Atividade 2

Envolvimento da equipa de enfermagem e de AO na prevenção da ITU no SU.

Fundamentação:

São competências do enfermeiro especialista adaptar a “liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos

cuidados” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, p.8652). O enfermeiro especialista deve ainda “envolver os colaboradores na gestão do risco” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, p. 8651). Neste sentido, e face às ações de formação implementadas e objetivos propostos, tornou-se fulcral adaptar a intervenção na prevenção da ITU, utilizando como recursos as novas tecnologias da informação para disponibilizar a informação relativa a todo o projeto de intervenção.

Assim sendo, as ações de formação foram enviadas a toda a equipa de enfermagem e toda a informação relativa a este projeto de intervenção foi compilada em *Digital Versatile Disc* e entregue à enfermeira coordenadora para disponibilizar informaticamente os conteúdos para toda a equipa. Foi assim organizada uma pasta em suporte informático contendo todos os documentos desde o projeto inicial, RSL, documentos de referência internacionais e nacionais, apresentações, pósteres, até ao algoritmo de atuação e o procedimento, para a informação estar acessível a todos.

O envolvimento da equipa (enfermeiros, AO e até mesmo médicos) foi possível através de conversas informais e debate de ideias, assim como esclarecimento de dúvidas quando solicitada.

Realizadas as auditorias finais aos enfermeiros verificou-se um aumento do índice de qualidade de 53,54% para 62,50% no que diz respeito à melhoria dos cuidados relativamente à algaliação. Relativamente à manutenção do cateter urinário, verificou-se um aumento do índice de qualidade de 53,33% para 61,50% e à hidratação de 27,08% para 37,50%. Tendo por pilar o Modelo de Parceria de Gomes (2009,2013), e considerando as auditorias aos registos de enfermagem e prestação de cuidados, de uma forma geral constatou-se uma melhoria dos registos, e como tal de práticas de cuidados de enfermagem. No entanto, e embora em contexto de urgência seja uma dificuldade, deverá existir um maior investimento de quem presta cuidados, no que concerne ao registo de todas as intervenções efetuadas e assegurar uma relação baseada na parceria de cuidados por forma a promover o cuidado de Si na pessoa idosa.

As auditorias aos AO revelaram um aumento do índice de qualidade de 26,88% para 41,13%. Estes resultados, embora ainda com pouco impacto, revelaram um aumento da melhoria da qualidade, o que por si é positivo.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.2

“Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção da ITU na pessoa idosa evitando algalias desnecessárias.”

Atividade 1

Envolvimento da equipa multidisciplinar na prevenção da ITU evitando algalias desnecessárias.

Fundamentação:

Grande parte das ITU adquiridas a nível hospitalar verificam-se após a inserção de um cateter urinário, sendo como tal importante avaliar o risco-benefício da algaliação, recorrendo a esta apenas se indicado (HICPAC, 2009; Bernard, Hunter & Moore, 2012; Chen, Chi, Chen, Chan, Chou & Wang, 2013; APIC, 2014).

Compete a todos os enfermeiros prevenir complicações para a saúde dos clientes, prestando cuidados de excelência regidos pela evidência científica atual (Ordem dos Enfermeiros, 2012a). Perante isto, todos os enfermeiros devem estar despertos para esta problemática. Como forma de contribuir para a prevenção dessas complicações, envolveram-se todos os colaboradores numa prestação de cuidados consciente e segura quer através das ações de formação, quer informalmente em diálogo, em particular com a equipa médica quando esta solicitava algalias sem fundamento clínico.

4.2 Reflexão sobre as aprendizagens e competências

A construção e implementação de um projeto desta natureza pretende contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências gerais de enfermeira especialista, nomeadamente em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa idosa, assim como o desenvolvimento de competências do 2.º ciclo de estudos.

Le Boterf (2006, p. 61) considera que um profissional age com competência quando a sua prática reflete três dimensões “primeiro, a dimensão dos recursos disponíveis (conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, competências comportamentais...) que ele pode mobilizar para agir; depois, surge a dimensão da acção e dos resultados que ela produz, isto é, a das práticas profissionais e do desempenho. Finalmente, há a dimensão da reflexividade, que é a do distanciamento em relação às duas dimensões anteriores.”

Considerando o referencial teórico de desenvolvimento e aquisição de competências em enfermagem de Patricia Benner (2001), e tendo em conta um percurso de cerca de 10 anos no cuidado à pessoa idosa, situava-me, no início da construção deste projeto, no nível 4 de perícia. O enfermeiro proficiente é aquele que “aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação, e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar” (Benner, 2001, p.55).

Com a concretização deste projeto de intervenção e tendo como guia o “Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011), considero que desenvolvi competências de enfermeira especialista, em particular no cuidado à pessoa idosa, nos quatro domínios:

- **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Pelo desenvolvimento de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades humanas, exercendo e promovendo uma prática de cuidados que tem por pilar o Código Deontológico da profissão, assegurando a confidencialidade e a segurança da informação colhida e o respeito e privacidade da pessoa idosa e família, das suas crenças, valores, costumes e práticas específicas. Foi reconhecida a necessidade de prevenir e foram identificadas práticas de risco, e em resposta foram adotadas e promovidas medidas apropriadas, recorrendo a competências específicas no âmbito do controlo e prevenção da infeção, nomeadamente da ITU na pessoa idosa. Por forma a aumentar a segurança das práticas foi colhida e analisada a informação, divulgados os resultados e identificadas as ações a serem cumpridas.

- **Domínio da melhoria contínua da qualidade**

Visando a melhoria contínua da qualidade, através deste projeto foi possível assumir um papel dinamizador e de liderança pelo seu planeamento, implementação e com ele a construção e aplicação de um procedimento de boas práticas no que concerne aos cuidados na prevenção da ITU na pessoa algaliada, algo inédito no serviço e a nível institucional. Recorrendo à investigação, pela realização de pesquisa de informação sobre a temática das IACS e realização de RSL sobre a ITU na pessoa idosa, foi possível à luz da evidência científica e normas para a avaliação da qualidade, definir indicadores de avaliação e posteriormente auditorias sobre as práticas de cuidados, construindo e aplicando instrumentos de avaliação.

Intervindo em parceria com a pessoa idosa e família, pela criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, estes foram envolvidos no Cuidado de Si, permitindo a progressão do projeto de vida da pessoa idosa pela prevenção da ITU, preparando a alta e providenciando a informação relativa a cuidados inerentes à manutenção do cateter urinário no domicílio. Foram assim desenvolvidas **competências ao nível da prestação de cuidados à pessoa idosa**, numa atitude de cuidado centrado no cliente, enquanto ser de projeto e de cuidado, possibilitando o desenvolvimento de **competências relacionais e de parceria**, que me permitiram ajudar a pessoa idosa hospitalizada na prevenção da ITU diminuindo ou evitando as complicações inerentes a um internamento e/ou algaliação em termos da funcionalidade.

Pela **sensibilização da equipa** para práticas de cuidados menos seguras, foi possível implementar medidas *standard* de prevenção e controlo de infeção (higiene das mãos, utilização correta do EPI colaborando na formação sobre o vírus Ébola, implementação do *“Procedimento de algaliação, manutenção e remoção precoce do cateter urinário”*, *despejo do saco de drenagem urinária*)

- **Domínio da gestão dos cuidados**

De forma a desenvolver competências neste âmbito, foram realizadas atividades (ações de formação, pósteres) no sentido de sensibilizar e otimizar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem, fomentando a articulação com a equipa multidisciplinar, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados à Pessoa idosa na prevenção da ITU.

Foi possível orientar, supervisionar e auditar as tarefas delegadas às AO, de forma a assegurar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. Por forma a orientar as práticas delegadas às AO, foi criado um póster com os passos a considerar no despejo do saco de drenagem, por forma a assegurar este cuidado. Em reuniões com a enfermeira coordenadora foi possível ainda colaborar em decisões relativas a esta temática e intervir junto da equipa sempre que solicitado. As dúvidas foram esclarecidas sempre que solicitado e as sugestões aceites e negociadas entre os elementos da equipa mais colaborantes, sendo muitas vezes utilizado como recurso o diálogo informal e a partilha de experiências.

- **Domínio das aprendizagens profissionais**

Ao longo de todo o estágio procurei assentar uma *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Para tal, foi fundamental

desenvolver competências de investigação que me permitissem sustentar a minha prática na evidência, mobilizando conhecimentos relativamente à saúde da pessoa idosa e IACS. Pela pesquisa de conhecimento nas bases de dados, análise de estudos científicos, realização de estudos de caso foi possível fomentar a reflexão sobre as práticas de cuidados e promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde à pessoa idosa e família.

Detetando lacunas de conhecimento da equipa multidisciplinar foi possível atuar como dinamizadora e gestora da incorporação de novo conhecimento no contexto de práticas de cuidados e da relação em parceria com a pessoa idosa em contexto de urgência. Foram assim **desenvolvidas competências de gestão e formação**, através da promoção de momentos de aprendizagem junto da equipa de enfermagem, formais e informais, **cultivando a liderança** e incentivando a mudança das práticas. Na implementação do projeto foram também utilizados e rentabilizados os recursos disponíveis, contribuindo para o desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão de recursos.

Relativamente às competências do 2.º ciclo, consideram que, fruto da exigência deste estágio, foram **desenvolvidas competências de reflexão e crítica**, pela necessidade contínua de analisar a temática que sustentou este projeto e os contextos de práticas de cuidados à pessoa idosa e família. Esta reflexão permitiu, por sua vez, **aprofundar conhecimentos** sobre a temática, enquadrando-a no quadro conceptual de enfermagem. Desenvolvi ainda **competências comunicacionais**, pela necessidade de compreensão e divulgação dos conteúdos científicos e resultados obtidos de todo o trabalho efetuado. Todo o desempenho nesta área contribui para adquirir **competências com vista a uma aprendizagem autónoma** ao longo da minha vida.

Considerando o exposto, e reportando-me novamente para Benner (2001), foram adquiridas competências para decidir e agir a partir de uma situação de modo global, sendo capaz de detetar precocemente alterações fisiológicas subtis que outros enfermeiros não detetam, para além de outras capacidades e competências que advêm de uma experiência clínica acrescida, de que é exemplo o presente resultado obtido da concretização deste projeto de intervenção.

CONCLUSÃO

O enfermeiro especialista deve reunir um conjunto de competências especializadas capazes de dar resposta às necessidades demonstradas pelos variados contextos da prestação de cuidados, e integradas nas capacidades de conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como de formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Durante o período de estágio foram desenvolvidas competências partindo de estratégias reflexivas e intervencionistas junto da equipa multidisciplinar do SU/SO e pessoa idosa/família, agindo com conhecimentos científicos atuais sólidos centrando a atenção na Pessoa, a primeira fonte do conhecimento.

Pela análise dos objetivos previamente definidos, posso afirmar que foram atingidos com sucesso, contribuindo para o desenvolvimento de competências nos quatro domínios de competências tal como consta no “Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista”, permitindo ainda a aquisição de competências de 2.º ciclo. Pela aquisição destas competências considero integrar a minha prática de cuidados no nível de perita (Benner, 2001), assegurando uma prestação de cuidados especializada e centrada na pessoa idosa e família.

Com a implementação deste projeto ocorreram algumas mudanças nas práticas da equipa de enfermagem, quer no que diz respeito à promoção da hidratação da pessoa idosa, quer pela mudança de práticas relacionadas com a algaliação e manutenção do sistema de drenagem urinária e pela melhoria dos registos de enfermagem e relação com a pessoa idosa. O índice de qualidade global de qualidade relativo ao procedimento implementado passou de 45,50% para 55,95%. Apesar de pouco significativo, é um resultado positivo e que pode ser explicado pelas limitações enfrentadas na execução deste projeto.

O limite temporal, a complexidade da temática em estudo, a desmotivação e carga de trabalho da equipa multidisciplinar, as amostras nas observações e a ameaça da pandemia por vírus Ébola, foram com grande certeza as maiores limitações para a implementação e resultados obtidos deste projeto. As auditorias finais deveriam ter sido efetuadas seis meses de acordo com a opinião dos peritos com quem foi possível reunir, e não devem ser efetuadas logo após as formações, por forma a permitir que a equipa se inteirasse e cumprisse progressivamente os procedimentos instituídos, dando oportunidade para um maior envolvimento. Por

outro lado, a amostra obtida deveria ser maior, por forma a obter resultados mais próximos da realidade. As alterações recorrentes da equipa multidisciplinar, inclusive a minha saída do serviço, em muito contribuíram também para os resultados, sendo no entanto, vontade da coordenadora a continuação do projeto após o estágio, estando em negociação a nomeação de um novo membro do serviço para a sua continuação.

Porém, considero que este projeto foi bem aceite pela equipa, coordenadora do SU/SO e responsável pelo GCL-PPCIRA, dada a sua pertinência e necessidade, tal como me foi verbalizado. O projeto será continuado no SU/SO e será alargado a todos os serviços do hospital onde foi realizado o estágio, de forma progressiva. O *“Procedimento de algaliação, manutenção e remoção precoce do cateter urinário”* será ainda ajustado novamente pelo GCL-PPCIRA, estando disponível para participar nas eventuais adaptações do projeto à instituição.

O trabalho desenvolvido constitui uma mais-valia importante e com uma capacidade de adaptação a qualquer tipo de contexto. Penso que este trabalho permitiu abriu portas para uma intervenção efetiva dos enfermeiros na área da prevenção da ITU na pessoa idosa, no SU/SO de um hospital no distrito de Setúbal. Ao adaptar as intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa idosa em contexto de urgência neste campo será possível iniciar um percurso que paulatinamente será traçado a favor dos idosos, pela mudança de mentalidades e necessidade de adaptar as práticas de cuidados e organizações às necessidades desta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista de Enfermagem Referência*. 1.^a Série. 6, 53-59.
- Alarcão, I. & Roldão, M. C. (2010). *Supervisão: Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. (2.^aed.). Mangualde: Edições Pedagogo, Lda.
- Apostolopoulou, E., Raftopoulos, V., Filntisis, G., Kithreotis, P., Stefanidis, E., Galanis, P. ... Veldekis, D. (2013). Surveillance of device-associated infection rates and mortality in 3 greek intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 22(3), 12-20.
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (2014). Guide to preventing catheter-associated tract infections. USA: APIC. Acedido em 12-10-2014. Disponível em http://apic.org/Resource_/EliminationGuideForm/0ff6ae59-0a3a-4640-97b5-eee38b8bed5b/File/CAUTI_06.pdf.
- Augusto, B. M. J.; Rodrigues, C. M. A.; Rodrigues, C. J. V.; Rodrigues, E. C. S.; Simões, F. M. O.R.D.; Ribeiro, I. C. G.; ... Gomes, M.Z.C.S. (2005). *Cuidados Continuados: Família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. 2.^aed. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernard, M. S., Hunter, K. F., & Moore, K. N. (2012). A review of strategies to decrease the duration of indwelling urethral catheters and potentially reduce the incidence of catheter-associated urinary tract infections. *Urologic Nursing*, 32 (1), 29-37.

- Blodgett, T. J. (2009). Reminder systems to reduce the duration of indwelling urinary catheters: a narrative review. *Urologic Nursing*, 29(5), 369-379.
- Bôas, P.J.F.V. & Ruiz, T. (2004). Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 372-378.
- Boterf, G. L. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. *Reflexão RH*. 60-63. Acedido em 12 -01- 2015. Disponível em <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.
- Caljouw, M.A.A., Elzen, W.P.J.E., Cools, H.J.M. & Gussekloo, J. (2011). Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. a population-based prospective follow-up study. *BioMed Central*, 9, 1-8. Acedido em 05-04-2014. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-9-57.pdf>.
- Carvalho, A. A. S. & Carvalho, G. S. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação – Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Cassani, R. (2014). Promoting intermittent self-catheterisation to encourage self-care in district nursing patients. *British Journal of Community Nursing*, 19 (4), 177-181.
- Castro, L.B. & Ricardo, M. M. C. (2003). *Gerir o trabalho de projeto – Guia para a flexibilização e revisão curriculares*. (7.^a ed.). Lisboa: Texto Editora.
- Centers of Disease Control (2014). Guide to infection prevention for outpatient settings: Minimum Expectations for Safe Care. CDC. Acedido em 27-01-2015. Disponível em <http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Outpatient-Care-Guide-withChecklist.pdf>.
- Centers of Disease Control (2015). Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) and Other Urinary System Infection [USI]) Events. Acedido em

16-03-2015.

Disponível

em

<http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscManual/7pscCAUTIcurrent.pdf>

Chen, Y., Chi, M., Chen, Y., Chan, Y., Chou, S. & Wang, F. (2013). Using a criteria-based reminder to reduce use of indwelling urinary catheters and decrease urinary tract infections. *American Journal of Critical Care*, 22 (2), 105-114.

Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lidel edições.

Collière, M.-F. (2003). *Cuidar ... A primeira arte da vida*. (2.^a ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Comissão de Controlo de Infecção (2013) *Relatório: Inquérito de Prevalência de Infecção – HSB 2012*. CHS.

Dados do Hospital de Estágio (2012). Plano de ação – Serviço de Urgência Geral. Setúbal: Hospital de Estágio.

Daud-Gallotti, R. M., Costa, S. F., Guimarães, T., Padilha, K. G., Inoue, E. N., Vasconcelos, T. N., ... Levin, A. S.(2012). Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU: a prospective study. *PLOS ONE*, 7 (12), 1-6.

Dawood, M., Dobson, A. & Banerjee, J. (2011). Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*. 19 (7), 18-19.

Direção Geral de Saúde (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infecção. Ministério da Saúde. Acedido em 12-05-2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008555.pdf>.

Direção Geral de Saúde (2013). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido em 05-04-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de->

saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx

Direção Geral de Saúde (2014). *Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2014. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*. 9, 2033-2043.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). *Regulamento*. 2014. Regulamento de Mestrado. Acessível na Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

European Centre for Disease and Control (2008). Healthcare-associated infections. ECDC. Acedido em: 3 – 04- 2015. Disponível em: http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/HAI/Documents/2008_HAI_%20special_chapter.pdf

European Association of Urology Nurses (2012). Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care - Catheterization Indwelling catheters in adults Urethral and Suprapubic. Acedido em 15-10-2014. Disponível em <http://nurses.uroweb.org/guideline/catheterisation-indwelling-catheters-in-adults-urethral-and-suprapubic/>

European Centre for Disease and Control (2015). European surveillance of healthcare-associated infections in intensive care units – HAI-Net ICU protocol, version 1.02. Stockholm: ECDC; 2015. Acedido em 11-04-2015. Disponível em: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-HAI-ICU-protocol.pdf>

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3.^a ed.). Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidaca;

- Foxman, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. *Infectious Disease Clinics of North America*, 28, 1-13.
- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.
- Gabinete de Estatística do Hospital de Estágio (2015). Dados do Serviço Urgência Geral no ano de 2014.
- Gomes, I. G. (2007). O Conceito de Parceria na Interação Enfermeiro/Doente Idoso – Da submissão à acção negociada. In C. Mesquita, I. D. Gomes, M. G. Mestrinho, R. Carvalho & R. Dinis. *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma Questão de Cidadania* (pp. 69-113). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda;
- Gomes, I. G. (2009). Cuidado de Si. A natureza da Parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento. Lisboa
- Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;
- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.
- Hooton, T.M., Bradley, S.F., Cardenas, D.D., Colgan, R., Geerlings, S.E., Rice, J.C., ...Nicolle, L.E. (2010). Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infections in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the infection diseases society of America. *Oxford Journals*, 50,

625-663. Acedido em 05-04-2014. Disponível em:
<http://cid.oxfordjournals.org/content/50/5/625.full.pdf+html>

Infection Control Nurses Association (ICNA) (2005). Audit Tools for Monitoring Infection Control Guidelines within the Community – Setting 2005. Inglaterra: Department of Health. Acedido em 01-11-2014. Disponível em https://uk.search.yahoo.com/r/_ylt=AwrSbjfhO.9SF2UAHAdLBQx.;_ylu=X3oDMTE1NzlwMmNqBHNIYwNzcgRwb3MDNARjb2xvA2dxMQR2dGIkA01TWVVLMDVfNzg-/SIG=12jtibpkd/EXP=1391438945/**http%3a//www.hdft.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx%3fallId=5845

Johns. C. (2014). *Becoming a reflective practitioner* (4.ªed.). Wiley-Blackwell. Acedido em: 30-03-2015. Disponível em: <http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-1118492307.html#>.

Klevens, M., . Edwards, J. R., Richards, C. L., Horan, T. C., Gaynes, R. P., ... Cardo, D. M.(2007). Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals 2002. *Public Health Reports*, 122, 160-166. Acedido a 4-04-2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1820440/>.

Lo, E., Nicolle, L., Classen, D., Arias, K.M., Podgorny, K., Anderson, D.J. ... Yokoe, D.S. (2008). Strategies to prevent catheter- associated urinary tract infections in acute care hospitals. *Chicago Journals*, 29 (1), 40-50.

Martins, A., Pinto, A.A., Lourenço, C.M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M.J., ... Santos, R.M.. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*. 12 (2), 52-61. Acedido em 26-02-2014. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf.

Mateus, M.N.E. (2011). Metodologia de trabalho de projecto: Nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. *EDUSER: revista de educação*. 3(2), 3-16.

Man, E. S. L. & Low, L. P. L.(2010). Nurses' experiences of caring for non-catheterised older infirmed patients: a descriptive study of what nurses actually do? *Journal of Clinical Nursing*. 19, 1387–1395

- McCormack, B.& McCance (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Meddings, J., Rogers, M. A. M., Macy, M. & Saint, S. (2010). Systematic review and meta-analysis: reminder systems to reduce catheter-associated urinary tract infections and urinary catheter use in hospitalized patients. *Clinical Infection Diseases*, 51(5), 550-560.
- Mori, C. (2014). A-voiding catastrophe: implementing a nurse-driven protocol. *Medsurg Nursing*, 23(1), 15-28.
- Murphy, C., Fader, M. & Prieto, J. (2014). Interventions to minimize the initial use of indwelling urinary catheters in acute care: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies* , 51, p 4-13
- Muzzi-Bjornson, L & Macera, L. (2011). Preventing infection in elders with long-term indwelling urinary catheters. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 127- 134.
- National Institute for Healthcare and Care Excellence (2014). Evidence Update 64 - Infection Evidence Update (September 2014). Acedido em: 30-03-2014. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg139/evidence/cg139-infection-control-evidence-update2>.
- Newman, D. K. & Willson, M.M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urologic Nursing*, 31(1), 12-29.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012a). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem –Enquadramento Conceptual*, Enunciados Descritivos. Divulgar.
- Ordem dos Enfermeiros (2012b). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 05-04-2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf .

Pereira, R.P.G., Cardoso, M.J.S.P.O. & Martins, M.A.C.S.C. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. III (7), 55-66.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10, 27-39.

Pott, F.S., Ribas, J.D., Silva, O.B.M., Souza, T.S., Danski, M.T.R. & Meier, M.J. (2013). Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. *Cogitare Enferm*. 18(2), 238-244.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653. Acedido em 17-04-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Regulamento n.º 168/2011 de 8 de Março de 2011. Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem. Diário da República 2.ª série, n.º 47 (8 de Março de 2011). 11120 – 11123. Acedido em 15-12-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/regulamento%20168-2011_individualizacoespecialidades.pdf

Roriz-Filho, J.S., Vilar, F. C., Mota, L.M., Leal, C. L. & Pisi, P. C. B. (2010). Infecção do trato urinário. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 43(2),118-25.

Ruivo, M.; Nunes, L. & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. 5, 1-37. Acedido em 15-07-2014. Disponível em <https://pt.scribd.com/doc/241273228/Metodologia-de-Projecto>

Saint, S., Meddings, J., Calfee, D., Kowalski, C.P. & Kreln, S.L. (2009). Catheter-Associated Urinary Tract Infection and the Medicare Rule Changes. *Annals of Internal Medicine*, 150, 877-884.

Smart, C (2014). Male urinary incontinence and the urinary sheath. *British Journal of Nursing (Urology Supplement)*, 23 (9), 20-25.

Souza, J., Kantorski, L.P. & Luis, M.A.V. (2011). Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*. 25 (2), 221-228.

Sund-Levander, M. & Tingström, P. (2013). Clinical decision-making process for early nonspecific signs or infection in institutionalized elderly persons: experience of nursing assistants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27,27-35.

Universidade de São Paulo, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde & Ministério da Saúde (2001). *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde. Acedido em 29-10-2014. Disponível em: http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf

Wilde, M. H.; McDonald, M. V.; Brasch, J.; McMahon, J. M.; Fairbanks, E.; Shah, S.; ... Scheid, E. (2013). Long-term urinary catheter users self-care practices and problems. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 356–367.

World Health Organization (2009). Core components for infection prevention and control programmes - Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care. Acedido em 13-12-2014. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HSE_EPR_2009.1_eng.pdf?ua=1.

World Health Organization (2014). *Guide for developing national patient safety policy and strategic plan*. WHO Regional Office for Africa. Acedido em 27-02-2014. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/guide-for-developing-national-patient-safety-policy-and-strategic-plan_final.pdf?ua=1.

Zarb, P., Amadeo, B., Muller, A., Drapier, N., Vankerckhoven, V., Davey, P. ... Goossens, H. (2012). Antimicrobial prescribing in hospitalized adults stratified by age. *Drugs aging*, 29(1), 52-62.

<http://www.who.int/>, recuperado em 2, Julho, 2014

APÊNDICES

APÊNDICE I:

Diagnóstico da Situação

Dados do Serviço de Urgência no ano de 2014

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

1.Dados do Serviço de Urgência no ano de 2014

Os dados aqui apresentados foram gentilmente cedidos pelo gabinete de estatística do hospital onde decorreu a implementação do projeto, cuja identificação não será realizada para manter a confidencialidade da instituição.

Assim, os gráficos 1 e 2 demonstram a distribuição dos clientes que recorreram ao SU no ano de 2014, por idade, sendo que o primeiro representa o número de pessoas por faixa etária, e segundo reforça essa distribuição por percentagem.

GRÁFICO 1: NÚMERO TOTAL DE CLIENTES QUE RECORRERAM AO SERVIÇO DE URGÊNCIA NO ANO DE 2014 POR FAIXA ETÁRIA

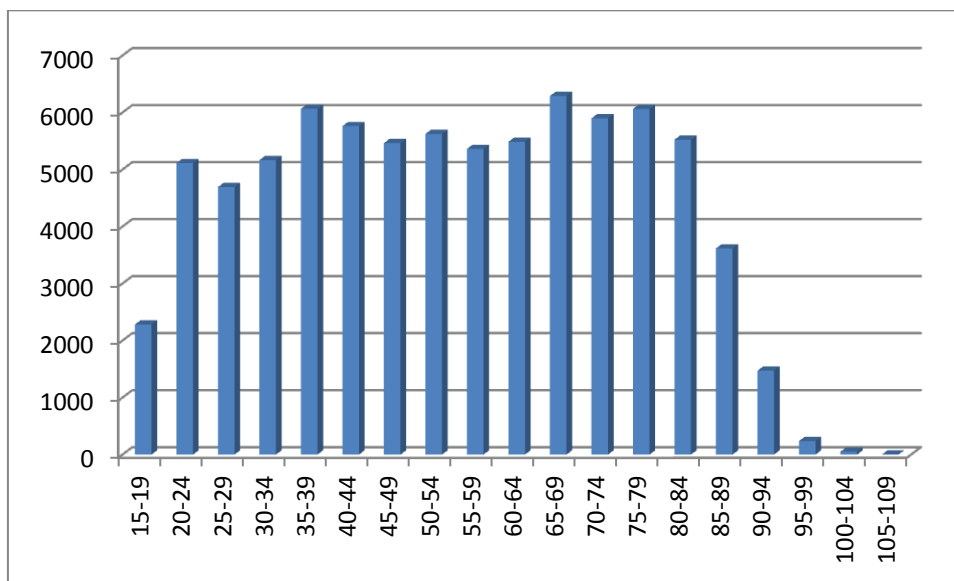


GRÁFICO 2: PERCENTAGEM DE CLIENTES QUE RECORRERAM AO SERVIÇO DE URGÊNCIA NO ANO DE 2014 POR FAIXA ETÁRIA

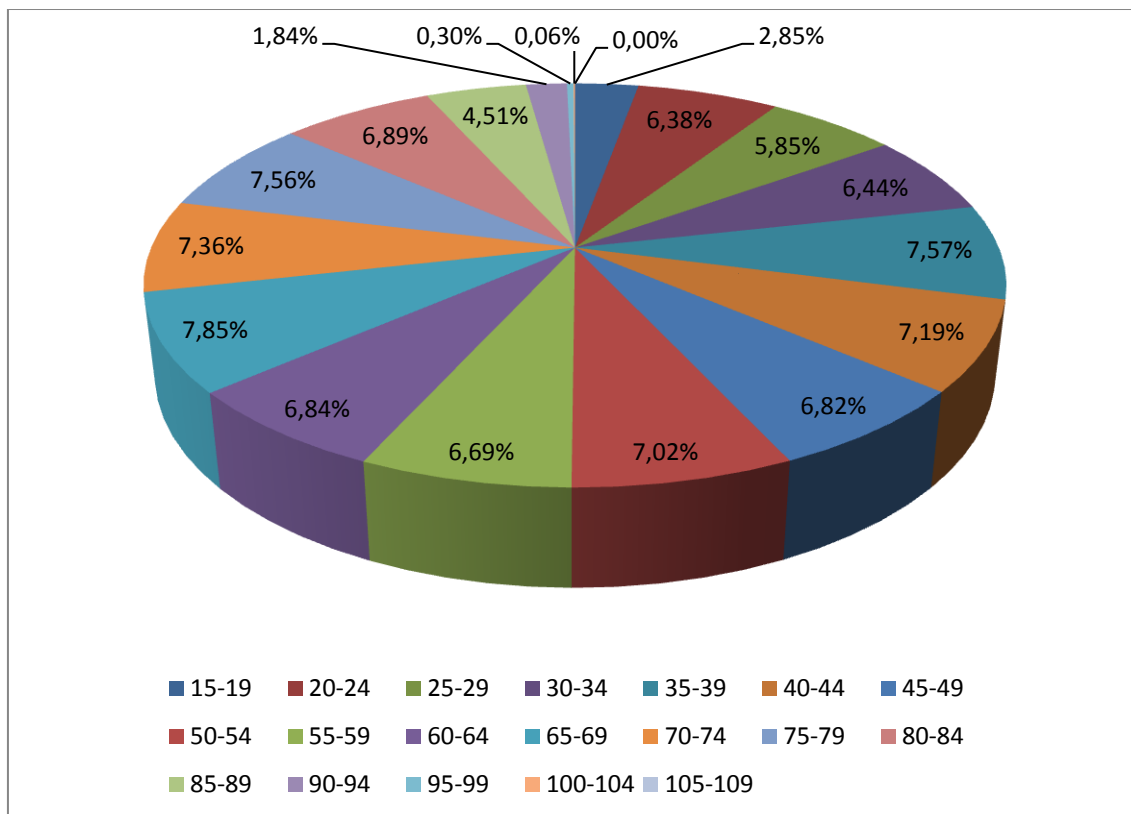
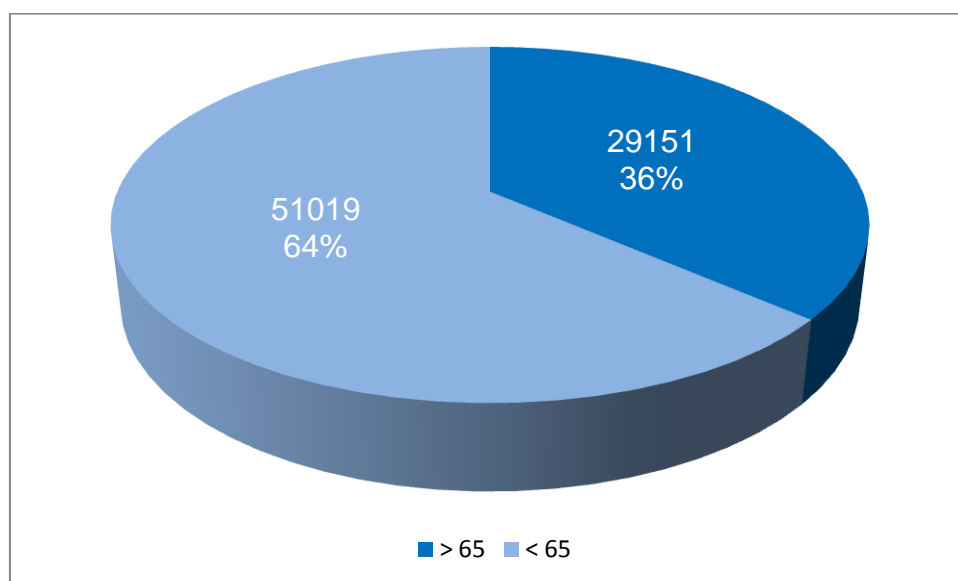


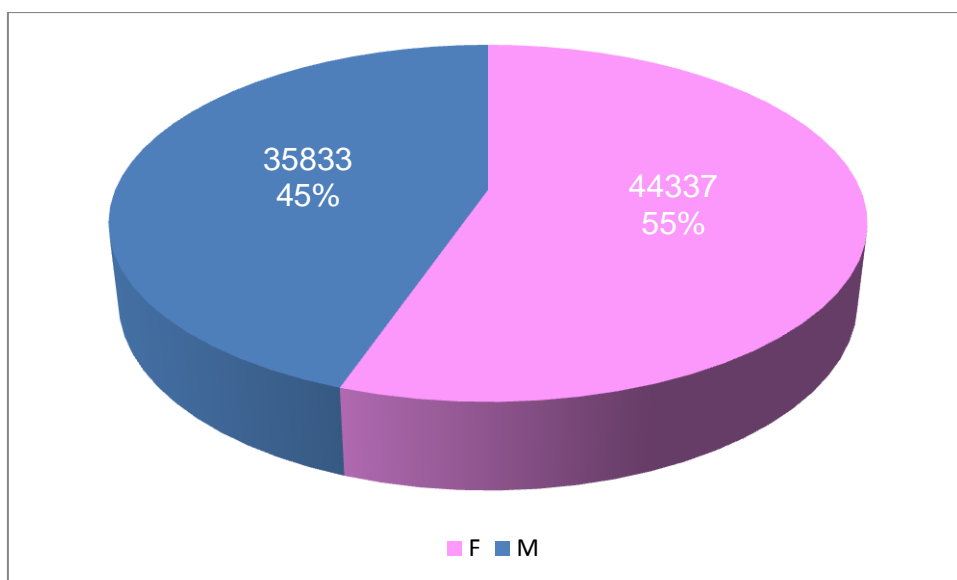
GRÁFICO 3: PERCENTAGEM DE CLIENTES QUE RECORRERAM AO SERVIÇO DE URGÊNCIA NO ANO DE 2014 COMPARANDO A PERCENTAGEM DE POPULAÇÃO IDOSA COM A RESTANTE POPULAÇÃO



De reforçar que a população idosa recorre bastante ao SU concorrendo com cerca de 36% das idas ao SU. Por aqui se verifica a necessidade de cuidados especializados à pessoa idosa (população significativa da utilização deste recurso de saúde).

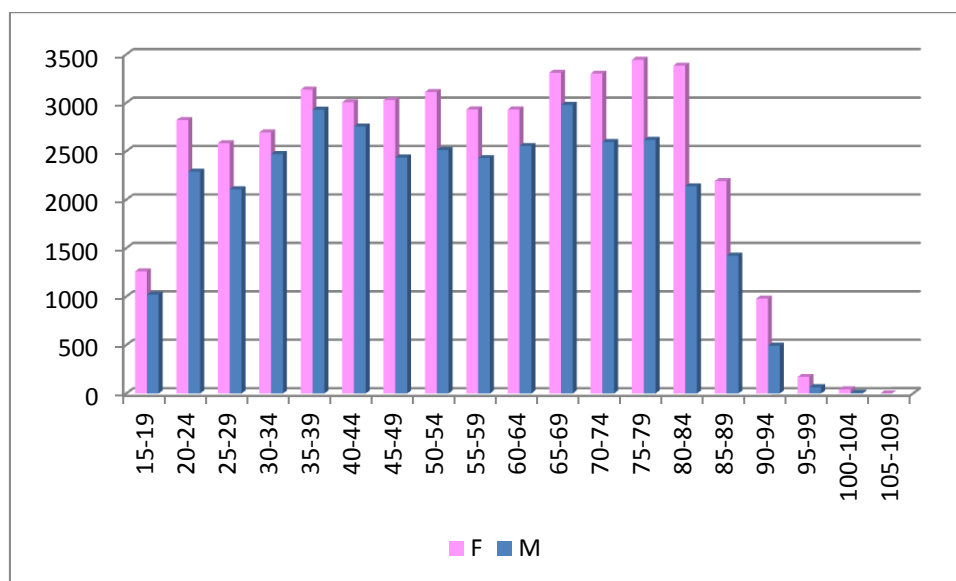
O gráfico 3 demonstra a distribuição da população que recorre ao SU por sexo. Segundo estes dados, quem recorre ao SU são na sua maioria mulheres, representando cerca de 55% das idas ao SU.

GRÁFICO 3: NÚMERO TOTAL PERCENTAGEM DE CLIENTES QUE RECORRERAM AO SERVIÇO DE URGÊNCIA NO ANO DE 2014 POR SEXO



O gráfico que se segue, o gráfico 4, revela o número total de clientes que recorreram ao SU no anterior, por sexo e por faixa etária. É notório, pela distribuição, que a população idosa feminina deste contexto recorre mais ao SU que a restante população.

GRÁFICO 4: NÚMERO TOTAL DE CLIENTES QUE RECORRERAM AO SERVIÇO DE URGÊNCIA NO ANO DE 2014 POR SEXO E FAIXA ETÁRIA



OUTROS DADOS IMPORTANTES:

Demora Média de Internamento no Serviço de Observação: 1,2 dias

2. Taxa de prevalência de doentes algaliados em 16 de Novembro de 2014

Estes dados foram obtidos aquando da auditoria inicial, no início do estágio.

- Número total de clientes internados: 29
- Número de clientes algaliados: 11
- Média de idades dos clientes algaliados: 86,4 anos (todos com idades >65 anos).
- Prevalência de clientes algaliados, ou seja, a proporção de clientes algaliados num determinado dia)

$$\frac{n^{\circ} \text{ de clientes algaliados em SO}}{n^{\circ} \text{ total de clientes internados em SO}} \times 100\% = \frac{11}{29} \times 100\% = \mathbf{38\%}$$

APÊNDICE II:

Revisão Sistemática da Literatura



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa
5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica -
Vertente Pessoa idosa
3.º Semestre

ESTÁGIO COM RELATÓRIO
Revisão Sistemática da Literatura

Autor (a):

Vera Oliveira n.º5389;

Sob orientação de:

Professora Doutora Idalina Gomes

Lisboa, 2014

INTRODUÇÃO:

Este documento foi realizado no âmbito do desenho do projeto sob o título de ***A prevenção da infecção do trato urinário na pessoa idosa como intervenção de enfermagem***, prolongando-se durante o estágio do 5º curso de pós-licenciatura e mestrado em enfermagem médico-cirúrgica - vertente pessoa idosa, com o objetivo de reunir a evidência científica mais pertinente e atualizada sobre a temática da prevenção da infecção do trato urinário na pessoa idosa. Desta forma, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com recurso à base de dados da EBSCO, nomeadamente a CINAHL, MEDLINE, Cochrane (C. Central Register of Controlled Trials e C. Methodology Register) e MedicLatina.

A enfermagem enquanto ciência, procura estudar sistematicamente os fenómenos abrangidos pelo domínio dos cuidados de enfermagem, com o intuito de produzir novo conhecimento relativo à pessoa, ao seu meio ambiente, à saúde, ao cuidado de enfermagem e às relações entre todos (Fortin, 2003). A investigação é fulcral para construir os pilares norteadores científicos da prática de cuidados, sendo indispensável no desenvolvimento de qualquer projeto de intervenção que se pretenda ser baseado na evidência científica, com o intuito de melhoria das práticas de enfermagem (Fortin, 2003). A revisão sistemática da literatura é um recurso válido de investigação em enfermagem que procura efetuar um levantamento de documentos científicos e extrair deles conhecimento, tendo por base uma metodologia científica (Fortin, 2003). Procura-se desta forma apresentar o estado da arte sobre a temática da prevenção da infecção do trato urinário na pessoa idosa.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As infecções constituem um problema importante nos sistemas de saúde, com implicações para a saúde e cuidados dos clientes. A pessoa idosa, em particular, é mais suscetível a doenças de origem infecciosa, que os jovens adultos, apresentando riscos maiores de morbidade e mortalidade (Bôas & Ruiz, 2004; Zarb et al, 2012).

A Infecção do Trato Urinário (ITU), apesar de não ser um problema recente representa uma das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais frequentes, estando o seu impacto associado à algaliação (Blodgett, 2009; Newman & Willson, 2011; Roriz-Filho, Vilar, Mota, Leal & Pisi, 2010; Saint, Meddings, Calfee, Kowalski & Kreln, 2009).

Segundo Foxman (2014, p.1) a ITU é “uma infecção desenvolvida em qualquer parte do trato urinário, quer seja a uretra, bexiga, ureteres ou rins e é uma doença comum”. Habitualmente habitado por bactérias que colonizam a urina, o próprio meato urinário constitui uma porta de entrada para estes microrganismos, podendo a bexiga ser invadida por estes antes da eliminação espontânea de urina (Foxman, 2014). A bactéria Gram negativa *rod Escherichia coli* é a causa mais frequente de ITU, podendo ser transmitida via pessoa-pessoa e via oral-fecal (Foxman, 2014).

As ITU são mais frequentemente em mulheres (Foxman, 2014; Roriz-Filho et al, 2010), pela proximidade da vagina e ânus ao meato urinário, para além de que o canal uretral da mulher é mais curto e como tal as bactérias acedem a este mais facilmente (Foxman, 2014). A ITU surge também associada à incontinência urinária, como um problema a considerar na pessoa idosa (Dowling-Castronovo & Specht 2009).

O recurso a dispositivos invasivos, como é o caso dos cateteres vesicais, constitui um risco acrescido de infeção para a pessoa idosa, constituindo uma porta de entrada para microrganismos (Apostolopoulou et al, 2013; Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). A utilização de dispositivos invasivos implica, por parte dos utilizadores o conhecimento em pormenor das suas características e indicações, ponderando o custo-efetividade e o custo-benefício das situações particulares de cuidados (Pina et al, 2010).

Os sintomas habituais de ITU são: hematúria, disúria, polaquiúria, noctúria, alteração na cor e aspeto da urina, piúria, urgência miccional e dor abdominal

(Foxman, 2014; Roriz-Filho et al, 2010). As síndromes que caracterizam a ITU são: bacteriúria assintomática, cistite, pielonefrite e ITU associada ao cateter vesical (Foxman, 2014). A bacteriúria assintomática não apresenta sinais ou sintomas associados à infecção urinária. No entanto a urocultura e urina tipo 2 apresentam valores sugestivos de infecção (Foxman, 2014). Na cistite ocorre disúria, urgência urinária, mal-estar, noctúria e incontinência (Foxman, 2014; Roriz-Filho et al, 2010). Quando nos referimos a pielonefrite a sintomatologia associada é: urgência urinária, disúria, dor lombar, arrepios, febre, alterações do estado de consciência, mal-estar ou letargia sem qualquer outra associação, vômitos, anorexia e dor abdominal (Foxman, 2014). A ITU associada ao cateter urinário é caracterizada por febre, arrepios, alteração do estado de consciência, mal-estar ou letargia também sem outra associação, dor a nível do flanco, hematúria franca e desconforto pélvico (Foxman, 2014).

Os fatores de risco para ITU dependem das características da população, comportamentos do hospedeiro e características das bactérias (Foxman, 2014). Segundo Foxman (2014) o risco de bacteriúria aumenta entre os 60 e os 79 anos de idade, aumentando ainda mais depois dos 80 anos de idade (4 em 1000), sendo o risco maior na população masculina. A ocorrência de bacteriúria na pessoa idosa é frequente, mas na maioria das vezes a única manifestação é a alteração do nível de consciência, associada à confusão mental, representando, como tal, uma dificuldade no diagnóstico pela situação inespecífica dada a população em questão (Roriz-Filho et al, 2010). As ITU encontram-se associadas a diversos resultados negativos na pessoa idosa, sendo importante agir na sua prevenção (Caljouw, Elzen, Cools, & Gussekloo 2011). O comprometimento cognitivo grave, a incapacidade nas AVD, história de ITU entre os 85-86 anos e a incontinência urinária são fatores importantes que parecem contribuir para as ITU e que devem ser considerados para a sua prevenção (Caljouw et al, 2011).

2.METODOLOGIA/PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

A pesquisa, enquanto fonte de conhecimento, assume-se como uma ferramenta imprescindível, pela interação entre experiência profissional, fatores contextuais e preferências dos utentes que comporta (Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson & McCormack, 2004). Pela necessidade de conhecimento científico adaptado á prática, esta procura dotar os profissionais de um saber real, adequado às exigências quotidianas (Rycroft-Malone et al, 2004). Segundo Fortin (2009, p.108) “O investigador examina, para cada um dos trabalhos recenseados, os conceitos que foram desenvolvidos, as relações com a teoria, os métodos utilizados, os resultados obtidos e as conclusões”.

A prática baseada na evidência deve ser considerada como o conhecimento derivado de várias fontes de informação, testadas e credíveis e os enfermeiros, em linha com outros profissionais necessitam de basear as suas tomadas de decisão e sua prática clinica na melhor evidência possível, para uma prestação de cuidados de maior qualidade (Rycroft-Malone et al, 2004).

Para intervir de forma efetiva na resposta aos problemas de saúde atuais é emergente, no contexto do estudo da infeção do trato urinário, a pesquisa, tal como já foi referido. Assim sendo, em seguida, será descrita pesquisa efetuada neste âmbito.

2.1.Critérios para a formulação da questão de partida

Foi construída uma pergunta de partida, com o intuito de estudar a temática de prevenção da infeção do trato urinário, procurando a evidência científica existente até ao momento sobre este assunto, para que, possa ser aplicado à prática de cuidados. Desta forma a pergunta levantada para a pesquisa, questão PI(C)O, foi a seguinte: Quais as intervenções de enfermagem na prevenção da infeção urinária na pessoa idosa?

No quadro seguinte (quadro 1), apresenta-se a questão PI(C)O de forma estruturada, e as palavras-chave utilizadas na pesquisa da evidência científica nas bases de dados.

Quadro n.º 1 - Critérios para a formulação da questão de partida

Palavras-chave:				
P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa idosa	Elderly Aged Older
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem que previnem a ITU	Nurse Nursing interventions Nursing care
(C)	Comparações	Podem existir ou não	Não aplicável	
O	<i>Outcome</i>	Resultados/ efeitos ou consequências	Efeitos e consequências sobre a ocorrência da infecção do trato urinário	Infection Urinary infection CAUTI

2.2.Bases de dados utilizadas e procedimentos de pesquisa

Para o desenvolvimento deste desenho de projeto, foi realizada uma revisão da literatura através dos motores de busca EBSCO (*Cinahl Plus with full text* e *Medline with full texto*, *Cochrane* - C. Central Register of Controlled Trials e C. Methodology Register), e MedicLatina, abrangida pela fase de elaboração e implementação do projeto (estágio).

Para dar resposta à questão levantada foram efetuados vários cruzamentos em torno das palavras chave: *elderly*, *aged*, *older*, *nurse*, *nursing interventions*, *nursing care*, *infection*, *catheter-associated urinary tract infection* (CAUTI), *urinary infection*.

Melnik, Fineout-Overholt, Stetler & Allan (2005), defendem que uma revisão sistemática da literatura deve abranger a evidência dos últimos cinco, no entanto, para esta revisão sistemática da literatura estendeu-se a pesquisa por um período

temporal de 6 anos por se considerar que seria uma pesquisa mais abrangente (de Janeiro de 2009 a Janeiro de 2015), e por se considerar pertinente efetuar um levantamento dos estudos disponíveis após a publicação das *guidelines* internacionais de 2009 sobre esta temática.

Foram então estabelecidos como limitadores: o espaço temporal de Janeiro de 2009 a Janeiro de 2015, estudos em *full texto*, publicações indexadas em língua portuguesa e inglesa.

As palavras-chave, apresentadas no quadro 1, foram conjugadas através dos operadores booleanos **AND** e **OR**, da seguinte forma (ver também quadro 2): (elderly **OR** aged **OR** older) **AND** (nurse **OR** nursing interventions **OR** nursing care) **AND** (infection **OR** urinary infection **OR** CAUTI).

Quadro n.º 2- Resultados de pesquisas nas bases de dados

Pesquisa	Bases de Dados	Palavras-Chave	Tempo	Resultado
Pesquisa 1	CINAHL Plus with Full Text	S1 - Elderly OR Aged OR older		
		S2 - nurse OR nursing interventions OR nursing care		
		S3 - infection OR urinary infection OR CAUTI		
		Cruzamento Final: S1 AND S2 AND S3		
				140 Artigos
Pesquisa 2	MedLine with Full Text	S1 - Elderly OR Aged OR older		
		S2 - nurse OR nursing interventions OR nursing care		
		S3 - infection OR urinary infection OR CAUTI		
		Cruzamento Final: S1 AND S2 AND S3		
				64 Artigos

Pesquisa 3	Cochrane (C. Central Register of Controlled Trials e C. Methodology Register)	S1 - Elderly OR Aged OR older	
		S2 - nurse OR nursing interventions OR nursing care	
		S3 - infection OR urinary infection OR CAUTI	
		Cruzamento Final:	
		S1 AND S2 AND S3	24 Artigos
Pesquisa 4	MedicLatina	S1 - Elderly OR Aged OR older	
		S2 - nurse OR nursing interventions OR nursing care	
		S3 - infection OR urinary infection OR CAUTI	
		Cruzamento Final:	
		S1 AND S2 AND S3	6 Artigos
Pesquisa 1, 2 e 3	Limitadores Pesquisa Introduzidos	Período temporal:	
		Janeiro de 2009 a Janeiro de 2015	Total:
		Full Text	113 Artigos

2.3.Critérios de inclusão e critérios de exclusão:

Os artigos obtidos da pesquisa efetuada foram lidos e analisados criticamente de forma a limitar os vieses, verificando-se todos os critérios de inclusão e exclusão (ver quadro n.º3). Desta forma foram selecionados os estudos adequados à investigação em curso.

Quadro n.º 3 – Critérios de inclusão e exclusão

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<i>PARTICIPANTES</i>	Idosos (idade > ou = 65 anos)	Pessoas com idade <65 anos.
<i>FENÓMENO DE INTERESSE</i>	Artigos com foco na temática e intervenções de enfermagem da prevenção da infeção urinária.	Artigos sem foco na temática em estudo e nas intervenções de enfermagem que previnam a infeção urinária; Artigos repetidos em ambas as bases de dados.
<i>DESENHO</i>	Revisões sistemáticas da literatura. Estudos de abordagem qualitativa, quantitativa e publicações indexadas em língua portuguesa e inglesa, publicados entre 2009 e 2015.	Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica; Artigos não disponíveis em texto integral nas bases de dados consultadas; Artigos repetidos nas bases de dados; Artigos anteriores a 2009.

Desta pesquisa foram encontrados 113 artigos, dos quais 12 foram selecionados e analisados, por forma a dar resposta à pergunta de partida e retirar elações para a intervenções a implementar durante a concretização do estágio.

Para avaliar os níveis de evidência presentes nos artigos selecionados, seguiram-se os critérios de Stillwell, Fineout-Overholt, Melnyk. & Williamson. (2010), que se encontram no quadro 4.

Quadro n.º 4 – Hierarquia das evidências de Estudos de Intervenção (adaptado de Stillwell, Fineout-Overholt, Melnyk. & Williamson, (2010).

Tipo de Evidência	Nível de evidência	Descrição
Revisão sistemática ou metanálise.	I	Evidência obtida a partir de revisões sistemáticas ou meta análises de todos os ensaios clínicos aleatórios controlados que sejam de linhas de orientação para a prática clínica);
Estudos aleatórios controlados.	II	Evidência obtida a partir de pelo menos um estudo experimental;
Ensaaios clínicos controlados e não aleatórios	III	Evidência obtida a partir de estudos controlados não aleatórios;
Estudos de caso-controle ou estudos de coorte	IV	<p>Evidência obtida a partir de estudos não experimentais (coorte e caso-controle);</p> <p>Estudo de caso-controle: a comparação de indivíduos com uma condição (case) com aqueles que não têm essa condição (controle) para determinar que características pode prever o estado.</p> <p>Estudo de coorte: uma observação de um grupo (s) (coorte [s]) para determinar o desenvolvimento de um resultado (s) tal como uma doença.</p>
Revisão sistemática de estudos qualitativo ou descritivo	V	Evidência obtida a partir de revisões sistemáticas de estudos descritivos /relatório de avaliação de programa;
Estudo qualitativo ou descritivo estudo	VI	<p>Evidência obtida a partir de um único estudo descritivo ou qualitativo;</p> <p>Estudo qualitativo: reúne dados sobre o comportamento humano para entender por que e como as decisões são tomadas.</p> <p>Estudo descritivo: fornece informações básicas sobre o quê, onde, quando e de um tema de interesse.</p>
Artigo de parecer ou consenso	VII	Evidência obtida a partir de opiniões de autoridades / painéis de consenso.

De forma sucinta, o processo de seleção dos artigos encontrados pode ser descrito com recurso à figura 1, que se segue, por forma a aceder à evidência da temática em análise.

Figura n.º 1 – Processo de pesquisa e seleção.



3.APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação e análise dos resultados de investigação é fundamental para a compreensão do fenómeno em estudo.

Da análise crítica dos 113 artigos obtidos foram selecionados 12 correspondentes à melhor evidência disponível e de modo a identificar o conteúdo relevante, extraíndo os dados necessários para dar resposta à pergunta de partida formulada.

Em seguida encontram-se as tabelas referentes à análise dos artigos encontrados, que consistem num análise do seu nível de evidência e de uma síntese de resultados pertinentes para o projeto sobre a prevenção da ITU, desenvolvido em estágio.

TABELA 1– ESTUDO DE MAN & LOW

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO:	
TÍTULO:	Nurses' experiences of caring for non-catheterised older infirmed patients: a descriptive study of what nurses actually do?
AUTOR(ES):	Man & Low
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2010
FONTE:	Journal of Clinical Nursing, 19, 1387–1395
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	VI
OBJETIVOS	Este estudo tem como objetivo explorar as experiências de cuidar dos enfermeiros para pacientes idosos não-cateterizadas e clientes que haviam sofrido de infecção urinária de repetição e quais as estratégias adotadas para prevenir e gerir o problema.
TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS	Metodologia qualitativa Foi realizada um estudo numa unidade hospitalar (composição de quatro enfermarias) em Hong Kong. Colheita de dados efetuada por meio de entrevista semi-estruturada.
PARTICIPANTES	Catorze enfermeiros foram entrevistados.
INTERVENÇÕES	Não especificado
RESULTADOS	Os enfermeiros descrevem a necessidade de reconhecer atempadamente os sintomas da infecção do trato urinário e conhecer as causas dos sintomas antes de administrar qualquer cuidado, informando o médico sempre que necessário. Referem como sintomatologia atípica de infecção do trato urinário na pessoa idosa: hematúria, alterações do estado de consciência, níveis elevados de glucose no sangue. Observação de características da urina: cor, textura, volume de urina, e pesquisa de globo vesical. Casos de infecção do trato urinário assintomáticos devem continuar a receber cuidados básicos relacionados com a prevenção da infecção do trato urinário, diariamente, sem ignorar sintomas e/ou

	<p>sinais.</p> <p>Como intervenções de enfermagem a este nível os enfermeiros referiram como medidas a adotar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção da ingestão hídrica (para manter o débito urinário); • Administração de fluidos adicionais; • Alternativa à água – sumo de frutos do bosque; • Higiene das mãos; • Papel de educadores do cliente família sobre estes assuntos – dando informação teórica e prática e aconselhamento.
--	---

TABELA 2 – ESTUDO DE MANGNALL

<p>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO:</p> <p>TÍTULO:</p> <p>AUTOR(ES):</p> <p>ANO DE PUBLICAÇÃO:</p> <p>FONTE:</p>	<p>Selecting the right urinary leg bag drainage system for patient needs</p> <p>Mangnall, J.</p> <p>2011</p> <p>British Journal of Nursing, Vol.20, nº13, p. 797-802.</p>
<p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</p>	<p>VI</p>
<p>OBJETIVOS</p>	<p>Determinar o material de drenagem urinária de fixação nas pernas mais adequado.</p>
<p>TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS</p>	<p>Estudo de caso</p>
<p>PARTICIPANTES</p>	<p>O participante de 70 anos, homem, com cateter urinário de longa duração – estudo de caso</p>
<p>INTERVENÇÕES</p>	<p>Adaptação de material às necessidades do cliente algaliado.</p>
<p>RESULTADOS</p>	<p>Existem muitas razões para os cateteres urinários serem colocados, isto é, em que há indicação para serem colocados.</p> <p>É importante escolher o sistema de drenagem mais adequado a cada cliente, em conjunto com o cateter urinário adequado é essencial para reduzir os riscos de infecção do trato urinário associado à presença de cateter urinário.</p> <p>Uma das opções viáveis é a utilização do saco de drenagem na perna, no entanto nem alguns clientes referem desconforto nas atividades diárias com esse sistema</p> <p>A colocação correta do sistema de drenagem é fundamental para a prevenção da infecção do trato urinária.</p> <p>O saco não deve ser mantido muito cheio.</p> <p>Os enfermeiros devem ter noções dos princípios básicos relacionados com a manutenção dos sistemas de drenagem</p>

	<p>urinária.</p> <p>Os sistemas de drenagem devem ser escolhidos em função do estilo de vida dos clientes.</p> <p>Os sacos de drenagem de perna são importantes para assegurar o sistema de drenagem fechado.</p> <p>O incorreto uso dos sistemas de drenagem podem comprometer a permeabilidade do cateter urinário e aumentar o risco de infecções do trato urinário associadas ao cateter urinário.</p>
--	--

TABELA 3 – ESTUDO DE MUZZI-BJORNSEN & MACERA

<p>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO:</p> <p>TÍTULO:</p> <p>AUTOR(ES):</p> <p>ANO DE PUBLICAÇÃO:</p> <p>FONTE:</p>	<p>Preventing infection in elders with long-term indwelling urinary catheters</p> <p>Muzzi-Bjornsen, L & Macera, L.</p> <p>2011</p> <p>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, n.º 23, p. 127- 134.</p>
<p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</p>	<p>Nível I</p>
<p>OBJETIVOS</p>	<p>Explorar os fatores selecionados relacionados com a prevenção da infecção urinária associada a cateter urinário de longa duração na população idosa.</p>
<p>TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura</p>
<p>PARTICIPANTES</p>	<p>Não aplicável</p>
<p>INTERVENÇÕES</p>	<p>Não aplicável</p>
<p>RESULTADOS</p>	<p>A prevenção da ITU e a sua recorrência em doentes algaliados pode ser uma tarefa complicada, no entanto possível pelo recurso a alternativas ao uso de cateteres urinários de longa duração, pelo conhecimento de medidas preventivas no assunto assegurando a segurança do cliente e diminuindo os custos associados.</p> <p>Importância dos cuidados enfermagem no que diz respeito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Correta avaliação da necessidade de cateter urinário; • Correta técnica de inserção do cateter urinário; • Manutenção correta do sistema de drenagem urinária – limpeza, manter o sistema fechado; • Utilização do material para algaliação adequado – recurso

	<p>por exemplo cateteres urinários com ponta de prata que retarda a formação de <i>biofilm</i>;</p> <ul style="list-style-type: none">• Recurso ao sumo/extrato de frutos do bosque; <p>Enfermeiros devem estar despidos do perigo associado ao recurso indiscriminado de antibioterapia, que aumenta a resistência aos antimicrobianos.</p>
--	--

TABELA 4 – ESTUDO DE DAUD-GALLOTTI, COSTA, GUIMARÃES, PADILHA, INOUE, VASCONCELOS, RODRIGUES, BARBOSA, FIGUEIREDO & LEVIN

<p>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO:</p> <p>TÍTULO:</p> <p>AUTOR(ES):</p> <p>ANO DE PUBLICAÇÃO:</p> <p>FONTE:</p>	<p>Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU: a prospective study</p> <p>Daud-Gallotti, Costa, Guimarães, Padilha, Inoue, Vasconcelos, Rodrigues, Barbosa, Figueiredo & Levin</p> <p>Dezembro de 2012</p> <p>POLS ONE</p>
<p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</p>	<p>IV</p>
<p>OBJETIVOS</p>	<p>Avaliar o papel dos enfermeiros em sobrecarga de funções na ocorrência de IACS nas unidades de cuidados intensivos, com recurso a uma escala específica de avaliação a Nursing Activities Score (NAS).</p>
<p>TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS</p>	<p>Estudo prospetivo de coorte</p>
<p>PARTICIPANTES</p>	<p>Todos os clientes admitidos em 3 unidades de cuidados intensivos, durante 3meses no ano de 2009.</p> <p>Foram considerados todos os clientes com mais de 12 anos admitidos nessas unidades de cuidados intensivos.</p> <p>Os participantes foram seguidos até alta ou morte.</p> <p>Total de 195 clientes.</p>

<p>INTERVENÇÕES</p>	<p>Foi apenas considerado o primeiro internamento (de cada um dos participantes);</p> <p>Os participantes foram seguidos até à ocorrência de uma IACS;</p> <p>As rondas clínicas foram observadas, das 7 às 19 horas, por um investigador.</p> <p>Os investigadores não pertenciam à equipa prestadora de cuidados.</p> <p>Foi obtida informação a vários níveis caracterização dos participantes, severidade clínica dos pacientes, tempo de permanência no serviço, cumprimento do plano de enfermagem, avaliação da carga de trabalho da equipa de enfermagem, uso de dispositivos invasivos, falhas de comunicação da equipa; manuseamento de sangue, elevação o leito a 30 graus.</p>
<p>RESULTADOS</p>	<p>A maioria das intervenções invasivas tem como consequência infeções isto é infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)-relacionadas com contaminação endógena associada a má manipulação do material estéril e manutenção de técnica estéril.</p> <p>Dos 195 participantes 143 (22%) desenvolveram IACS: 16 pneumonia, 12 ITU, 8 septicémia, 2 local cirúrgico, 2 outras infeções respiratórias e 1 outras infeções.</p> <p>Pela aplicação da escala verificou-se que ela era significativamente mais elevada nos participantes que desenvolveram IACS Estes participantes também estavam mais suscetíveis a outros eventos adversos.</p> <p>A carga de trabalho e aumento da severidade da condição clínica dos participantes surgem como riscos principais para o risco de IACS. A carga de trabalho associado aos dispositivos invasivos comporta maior risco.</p>

TABELA 5 – ESTUDO DE MURPHY, FADER & PRIETO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO: TÍTULO: AUTOR(ES): ANO DE PUBLICAÇÃO: FONTE:	Interventions to minimize the initial use of indwelling urinary catheters in acute care: a systematic review Murphy, Fader & Prieto (é um estudo de 2012 mas publicado em 2014) 2014 2014 International Journal of Nursing Studies , 51, p 4-13
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível I
OBJETIVOS	Avaliar sistematicamente a efetividade da evidência científica das intervenções para minimizar a colocação inicial de cateteres urinários.
TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS	Revisão Sistemática da Literatura. Engloba estudos que refiram intervenções que visem a minimização da colocação do cateter urinário, em ambiente de unidades de cuidados intensivos.
PARTICIPANTES	Clientes com mais de 18 anos
INTERVENÇÕES	Realizada uma RSL para identificar e sintetizar as investigações sobre o impacto nas intervenções para minimizar o recurso a cateteres urinários nas unidades de cuidados intensivos, publicados até Julho de 2011.
RESULTADOS	Obtidos 2689 estudos - apenas 8 estudos revelaram aumento ou diminuição do impacto das intervenções; Os estudos consideravam, na sua maioria a correta utilização do cateter urinários nas unidades de cuidados intensivos, embora os critérios entre unidades fossem diferentes. <ul style="list-style-type: none"> • Existem riscos associados ao uso do cateter urinário; • Recurso ao uso de sistemas de lembretes para reduzir a

	<p>diminuição da presença de cateteres urinários demonstrou-se um sistema eficaz.</p> <ul style="list-style-type: none">• É importante esclarecer quais as medidas que podem reduzir a incidência da colocação inicial de cateteres urinários – os estudos são muito pobres.
--	--

TABELA 6 – ESTUDO DE SUND-LEVANDER & TINGSTROM

<p>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO:</p> <p>TÍTULO:</p> <p>AUTOR(ES):</p> <p>ANO DE PUBLICAÇÃO:</p> <p>FONTE:</p>	<p>Clinical decision-making process for early nonspecific signs or infection in institutionalized elderly persons: experience of nursing assistants</p> <p>Sund-Levander, M. & Tingström, P.</p> <p>2013</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol.27, p.27-35</p>
<p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</p>	<p>IV</p>
<p>OBJETIVOS</p>	<p>Determinar as experiências dos auxiliares de enfermagem no processo de tomada de decisão clínica quando suspeitam que um residente tem uma infecção e a intervenção multidisciplinar nesta área</p>
<p>TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS</p>	<p>Estudo qualitativo, exploratório.</p> <p>Entrevistas</p>
<p>PARTICIPANTES</p>	<p>100 auxiliares de enfermagem foram convidados;</p> <p>Os participantes receberam informação escrita sobre o estudo;</p> <p>Apenas 21 assistentes de enfermagem com médias de idades de 50 anos (com idades compreendidas entre os 22-61 anos de idade) participaram neste estudo;</p> <p>Formaram-se 4 grupos foco;</p> <p>Trabalhavam em lares;</p> <p>Nasceram na Suécia e falavam sueco.</p>
<p>INTERVENÇÕES</p>	<p>Realizaram-se sessões com duração de 50 e 90 minutos;</p> <p>As sessões foram gravadas e vídeo;</p> <p>Foram realizadas entrevistas, com questões para estudar a temática e dar resposta ao objetivo de estudo.</p>

<p>RESULTADOS</p>	<p>A avaliação das assistentes de enfermagem para deteção da infeção baseiam-se fundamentalmente em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os clientes; • Experiências pessoais; • Ideias relativas ao envelhecimento. <p>A informação disponibilizada por estas à equipa multidisciplinar permite uma intervenção e deteção de infeção precoce e com melhores resultados de tratamento, evitando sofrimento desnecessário por parte desta população.</p>
--------------------------	--

TABELA 7 – ESTUDO DE WILDE, MACDONALD, BRASCH, MCMAHON, FAIRBANKS, SHAH, TANG & SCHEID

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO:	
TÍTULO:	Long-term urinary catheter users self-care practices and problems
AUTOR(ES):	Wilde, MacDonald, Brasch, McMahon, Fairbanks, Shah, Tang & Scheid
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2013
FONTE:	Journal of Clinical Nursing
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível IV
OBJETIVOS	Caraterizar uma amostra de 202 adultos residentes em instituições de longa duração na comunidade portadores de cateter urinário, com o intuito de explorar as relações entre a demografia, práticas relacionadas com os cateteres urinários e problemas
TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS	Estudo descritivo transversal e análise exploratória. Foram conduzidas entrevistas nos respetivos locais dos residentes; Entrevistas conduzidas por investigadores treinados.
PARTICIPANTES	Amostra diversificada em termos de idade, raça e diagnóstico médico; Total de 202 participantes; Participantes entre os 19 e 96 anos de idade.
INTERVENÇÕES	Os participantes foram recrutados tendo por base as bases de dados com indicação dos clientes algaliados nessas instituições, convidados a participar por via telefónica; Participantes deram consentimento informado; Foram conduzidas entrevistas locais, e os dados compilados por sistema informático – Questionnare Development Systemm (QDS). Os participantes foram pagos.

<p>RESULTADOS</p>	<p>Devem ser dadas informações aos clientes e familiares sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O cateter utilizado, tamanho do balão e quantidade de água instilada/a preencher o balão; • Mudanças aconselhadas do cateter urinário; <p>Devem ser identificados os familiares com necessidade de aquisição de conhecimentos sobre a manutenção do cateter urinário.</p> <p>Problemas relacionados com a cateterização urinária poderiam ser evitados ou minimizados se houvesse uma manutenção baseada na evidência científica recente, realização de um plano que dê resposta a problemas pontuais do cateter urinário, por forma a reduzir idas ao serviço de urgência.</p>
--------------------------	--

TABELA 8 – ESTUDO DE CALJOUW, HOUT, PUTTER, ACHTERBERG, COOLS, GUSSEKLOO.

<p>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO:</p> <p>TÍTULO:</p> <p>AUTOR(ES):</p> <p>ANO DE PUBLICAÇÃO:</p> <p>FONTE:</p>	<p>Effectiveness of cranberry capsules to prevent urinary tract infections in vulnerable older persons a double-blind randomized placebo-controlled trial in long-term care facilities</p> <p>Caljouw, Hout, Putter, Achterberg, Cools, Gussekloo.</p> <p>2014</p> <p>Journal of the American Geriatrics Society</p>
<p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</p>	<p>Nível II</p>
<p>OBJETIVOS</p>	<p>Determinar se as cápsulas de frutos do bosque (arando, mirtilos) previnem a infecção do trato urinário, numa unidade de cuidados prolongados na comunidade</p>
<p>TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS</p>	<p>Estudo experimental</p> <p>Ensaio clínico controlado com placebo, aleatório, duplamente-cego, em instalações de cuidados de longo prazo;</p>
<p>PARTICIPANTES</p>	<p>Residentes em unidades de cuidados prolongados na comunidade, com 65 anos ou mais, foram incluídos.</p> <p>Foram excluídos todos os que se encontravam a fazer derivados da cumarina e com expectativa de vida inferior a um mês.</p>
<p>INTERVENÇÕES</p>	<p>Foi obtido consentimento por parte dos participantes.</p> <p>Os participantes com cateter urinário há mais de um mês, com diabetes mellitus ou com, pelo menos 1 infecção urinária durante esse ano foram considerados de elevado risco.</p> <p>Participantes foram divididos em 2 grupos: o grupo dos frutos do bosque e o grupo placebo.</p> <p>Os participantes não sabiam a que grupo pertenciam, assim como os familiares, enfermeiros, médicos, farmacêuticos e enfermeiras da investigação.</p>

	<p>Os participantes foram instruídos a ingerir as cápsulas de frutos do bosque ou de placebo duas vezes por dia ao longo de 12 meses. Os participantes que já ingeriam esse suplemento foram instruídos a deixar de tomar o deles e passaram a ingerir o deste estudo</p> <p>Placebo e comprimidos de frutos do bosque eram semelhantes em aspeto externo.</p>
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • O recurso a cápsulas de frutos do bosque pode ajudar a reduzir a incidência de ITU em doentes de elevado risco de desenvolvimento de ITU.

TABELA 9 – ESTUDO DE CASSANI

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO:	
TÍTULO:	Promoting intermittent self-catheterisation to encourage self-care in district nursing patients
AUTOR(ES):	Cassani, R.
ANO DE PUBLICAÇÃO:	Abril de 2014
FONTE:	British Journal of Community Nursing, Vol. 19, n.º 4
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	VI
OBJETIVOS	Analisar o papel do enfermeiro na promoção e suporte do uso da algaliação intermitente com clientes adequados.
TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS	3 Estudos de caso Revisão da literatura
PARTICIPANTES	3 clientes (1 de 75 anos com HBP; 1 mulher de 58 anos com bexiga neurogénica; um cliente de 22 anos paraplégico)
INTERVENÇÕES	Não discrimina

<p>RESULTADOS</p>	<p>Benefícios da cateterização urinária intermitente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permite o auto-cuidado do cliente; • Preserva a sua dignidade; • Reduz a intervenção desnecessária de enfermagem; • Pode aumentar a qualidade de vida; • Evita o traumatismo decorrente da tração do saco de drenagem urinária; • Permite a expressão da sexualidade; • Evita o recurso a roupa que esconda o saco de drenagem; • Preserva o tónus da bexiga e a função renal; • Reduz o risco de infeção do trato urinário. <p>Desvantagens da cateterização urinária intermitente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os clientes devem compreender o procedimento e devem possuir destreza para o efetuar; • Clientes com bexiga pequena podem necessitar de efetuar este procedimento muito frequentemente; • A auto-cateterização, pode, também ela causar infeção do trato urinário; • Alguns clientes podem considerar que se trata de um procedimento pouco confortável; • Alguns clientes podem considerar que é um procedimento pouco aceite socialmente. <p>Os enfermeiros não se sentem à-vontade com este procedimento e não se sentem confortáveis no incentivo de qualquer doente para iniciar esta prática;</p> <p>Os enfermeiros devem conhecer as estratégias e materiais para procederem de forma correta ao procedimento e ensiná-lo aos clientes. O papel do enfermeiro no ensino e formação deste assunto junto dos clientes é muito importante.</p> <p>Este procedimento pode reduzir os riscos associados ao uso de cateteres urinários de longa duração</p>
--------------------------	---

TABELA 10 – ESTUDO DE LEVERS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO: TÍTULO: AUTOR(ES): ANO DE PUBLICAÇÃO: FONTE:	Switching to an antimicrobial solution for skin cleansing before urinary catheterization Levers, H. Fevereiro de 2014 British Journal of Community Nursing
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível IV
OBJETIVOS	Determinar o impacto de uma solução antimicrobiana prévia à inserção do cateter urinário em detrimento da solução salina
TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS	3 Estudos de caso Revisão da Literatura
PARTICIPANTES	3 clientes (homem de 82 anos; mulher de 86 anos e homem de 24 anos).
INTERVENÇÕES	Aplicação de solução antimicrobiana (Octenilin [®]) prévia à cateterização urinária.
RESULTADOS	<p>Cateter urinário de longa duração é frequentemente utilizado no cuidado à pessoa idosa e em doentes com patologia neurológica.</p> <p>Clientes com retenção urinária ou incontinência podem necessitar de cateterismo urinário ou colocação de cateter suprapúbico.</p> <p>A colocação de cateter urinário representa um risco significativo de infecção do trato urinário.</p> <p>Quanto mais tempo o cateter urinário permanecer maior a probabilidade de desenvolver infecção do trato urinário.</p> <p>A flora bacteriana habitual constitui a principal causa de infecção urinária e a inserção de um cateter urinário providencia a forma de entrada dos microrganismos, até à bexiga.</p> <p>A manutenção do cateter urinário é importante pelo risco de infecção urinária, solução de continuidade da pele e pela formação</p>

	<p>do biofilm.</p> <p>Hipótese de uso de solução antimicrobiana em detrimento de solução salina, na limpeza do meato urinário prévia à cateterização urinária.</p> <p>Características da solução antimicrobiana</p> <ul style="list-style-type: none">• Eficácia antimicrobiana abrangente;• Não irritante para a pele;• Em apresentação de uso único (unidose);• Custo semelhante ao da solução salina. <p>O recurso a uma solução antimicrobiana abrangente pode diminuir o risco de infecções do trato urinário e consequências da presença de um cateter urinário.</p> <p>No entanto mais estudos são necessários.</p>
--	---

TABELA 11 - ESTUDO DE MORI

<p>IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO:</p> <p>TÍTULO:</p> <p>AUTOR(ES):</p> <p>ANO DE PUBLICAÇÃO:</p> <p>FONTE:</p>	<p>A-voiding catastrophe: implementing a nurse-driven protocol</p> <p>Mori, C.</p> <p>2014</p> <p>MEDSURG Nursing, Vol.23, nº1, p.15-29.</p>
<p>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</p>	<p>Nível V</p>
<p>OBJETIVOS</p>	<p>Avaliar a efetividade de um protocolo de orientado por enfermeiros para a remoção do cateter urinário numa unidade de cuidados intensivos</p>
<p>TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS</p>	<p>Estudo retrospectivo de medição da prevalência do uso de cateter urinário, antes e após a implementação do protocolo.</p> <p>Medição mensal durante 3 meses antes e 3 meses após.</p>
<p>PARTICIPANTES</p>	<p>150 clientes internados num hospital no norte dos Estados Unidos da América.</p> <p>O alvo eram os doentes com cateter urinário colocado durante o período da hospitalização.</p> <p>Foram excluídos os doentes admitidos na obstetrícia.</p>
<p>INTERVENÇÕES</p>	<p>Equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros e médicos especialistas em controlo de infeção, liderada pelo CNS, para a concretização de uma prática standardizada e que incluía a evidência científica que suportassem a necessidade de um cateter urinário.</p> <p>Foi desenvolvido um protocolo com base nas <i>guidelines</i> da CDC (2009) para que os enfermeiros pudessem retirar cateteres urinários sem indicação médica, mas de acordo com o protocolo.</p> <p>Posteriormente submetido a aprovação dos comités apropriados.</p>

RESULTADOS	A existência de um protocolo de enfermagem para a remoção precoce de cateteres urinários reduziu significativamente a incidência e duração de cateteres urinários em adultos hospitalizados.
-------------------	--

TABELA 12 – ESTUDO DE SMART

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO: TÍTULO: AUTOR(ES): ANO DE PUBLICAÇÃO: FONTE:	Male urinary incontinence and the urinary sheath. Smart, C. 2014 British Journal of Nursing (Urology Supplement), Vol.23, nº9.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Nível I
OBJETIVOS	Abordar a avaliação e gestão da incontinência no homem, pelo recurso ao uso específico do cateter urinário externo masculino.
TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS	Revisão Sistemática.
PARTICIPANTES	Não discriminado.
INTERVENÇÕES	Não discriminado.
RESULTADOS	<p>A gestão da incontinência passa pela identificação dos fatores causais e de uma correção do problema que vá de encontro com o estilo de vida e preferências dos utentes</p> <p>Muitos utentes não pretendem que os fatores causais da sua incontinência sejam estudados.</p> <p>Os utentes, na sua maioria pretendem apenas que a sua qualidade de vida seja melhorada com o recurso a medidas conservativas.</p> <p>A vontade do utente deve ser respeitada.</p> <p>Os enfermeiros não conhecem e não estão treinados para a aplicação do cateter urinário externo masculino</p> <p>O dispositivo urinário externo não pode ser utilizado em clientes com retenção urinária</p> <p>Existe uma grande variedade de dispositivos urinários externos masculinos disponíveis no mercado.</p> <p>Vantagens do dispositivo urinário externo masculino</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Discreto; • Seguro; • Oferece benefícios físicos e psicológicos; • Aumenta a confiança do cliente, dando-lhe liberdade durante a noite e em viagens longas; • Diminui o risco de soluções de continuidade da pele; • Diminui o risco de infecção urinária. <p>Desvantagens do dispositivo externo masculino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falha no correto uso quando mal colocado ou mal escolhido – alteração da integridade cutânea; fistula ureterocutânea; • Reações alérgicas; • Não pode ser utilizado se a região circundante ao pênis friável; <p>A incontinência urinária é um problema frequente ocorrendo de forma significativa nas pessoas com mais de 65 anos;</p> <p>Os profissionais de saúde devem possuir tato, sensibilidade e uma atitude positiva quando abordam este assunto com os clientes;</p> <p>Deve-se ter o cuidado de utilizar o material e tamanho mais adequado ao cliente em questão, para que se obtenha sucesso no uso do dispositivo urinário externo masculino;</p> <p>O dispositivo urinário externo masculino oferece uma resposta de baixo custo, discreta e prática para a incontinência urinária no homem;</p> <p>A qualidade de vida destes clientes pode ser melhorada com o recurso a este dispositivo.</p>
--	---

4.SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO URINÁRIA NA PESSOA IDOSA – RSL E REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

O quadro seguinte sintetiza as intervenções para a prevenção da infecção do trato urinário resultantes da análise dos artigos da revisão sistemática da literatura, complementados por documentos da DGS (2004), HICPAC (2009), EAUN (2012), APIC (2014) e NICE (2014) e outros artigos considerados relevantes:

Quadro 5: Sumário dos resultados sobre medidas de prevenção na ITU

INTERVENÇÕES	
PREVENÇÃO DA ITU	<ul style="list-style-type: none"> • A existência de um protocolo de enfermagem para a remoção precoce de cateteres urinários reduziu significativamente a incidência e duração de cateteres urinários em adultos hospitalizados. • Os enfermeiros devem deter conhecimentos relativamente a sinais e sintomas de ITU e conhecer as causas dos sintomas antes de administrar qualquer cuidado, informando o médico sempre que necessário, mesmo em caso de sintomatologia atípica. • Os enfermeiros devem ainda de contribuir para a <ul style="list-style-type: none"> • Promoção da ingestão hídrica (manter o débito urinário); • Administração de fluidos adicionais; • Disponibilizar alternativas à água – sumo de frutos do bosque; • Higiene das mãos; • Educação do cliente família sobre estes assuntos – dando informação teórica e prática e aconselhamento. • Deve existir um rácio enfermeiro/clientes adequado, na medida em que a carga de trabalho e aumento da severidade da condição clínica dos participantes surgem como riscos principais para o risco de IACS, aumentado ainda com a presença de dispositivos.
INDICAÇÃO PARA A COLOCAÇÃO DE CATETER URINÁRIO	<ul style="list-style-type: none"> • O procedimento de algaliação deve ser efetuado apenas em situações específicas, quando se justifique o procedimento (retenção urinária, obstrução, vigilância do débito urinário rigoroso em doentes em situação crítica, procedimentos cirúrgicos urológicos ou quando exigem manipulação de estruturas contíguas à bexiga, para favorecer a cicatrização de feridas na região sagrada ou perineal em clientes com incontinência urinária, clientes em situação de cuidados paliativos). • Devem ser usados métodos alternativos à algaliação, em particular a algaliação permanente (recurso a dispositivo urinário masculino externo, cateterismo intermitente). • Os enfermeiros devem ser formados no sentido de serem atualizados relativamente à evidência científica recente sobre a prevenção da ITU.
SELEÇÃO DO TIPO DE MATERIAL PARA ALGALIAÇÃO (CATETER URINÁRIO E SISTEMA DE DRENAGEM)	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização do material para algaliação adequado – recurso por exemplo cateteres urinários com ponta de prata que retarda a formação de <i>biofilm</i>; • A utilização de cateteres urinários de menor calibre (devem ser utilizados em função das características anatómicas do cliente) diminui o risco de ITU. • Escolher o sistema de drenagem mais adequado a cada cliente, em conjunto com o cateter urinário adequado, pois é essencial para

	<p>reduzir os riscos de infecção do trato urinário associado à presença de cateter urinário.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A colocação correta do sistema de drenagem é fundamental para a prevenção da infecção do trato urinária. • O saco não deve ser mantido muito cheio. • Os enfermeiros devem ter noções dos princípios básicos relacionados com a manutenção dos sistemas de drenagem urinária.
<p>PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DE CATETER URINÁRIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica deve ser executada por profissionais de saúde experientes sob técnica de assepsia e com material adequado ao cliente em questão. • Deve ser realizada higiene perineal antes da algaliação, com água e sabão. • Deve ser realizada a higienização das mãos antes e após o procedimento. • Uso de solução antimicrobiana em detrimento de solução salina, na limpeza do meato urinário prévia à algaliação, não é consensual. • O cateter urinário deve ser lubrificado com gel anestésico esterilizado em dose individual. • O cateter urinário deve ser afixado.
<p>MANUTENÇÃO DO CATETER URINÁRIO E SISTEMA DE DRENAGEM URINÁRIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Higienização das mãos e calçar luvas antes e após contacto com sistemas de drenagem. • Efetuar limpeza diária com água e sabão e manutenção do sistema de drenagem fechado. • Assegurar a permeabilidade do cateter urinário, evitando torções ou dobras na tubuladura. • O saco de drenagem deve ser colocado em suporte apropriado abaixo do nível da bexiga. • Irrigações ou instilações não aconselhadas. • Substituição de cateter urinário e/ou saco apenas se o material estiver danificado, com mau cheiro, com obstrução por sedimento ou coágulos.
<p>DESPEJO DO SACO DE DRENAGEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos antes e após o manuseamento do saco de drenagem. • Utilizar equipamento de proteção individual para o despejo. • Esvaziar o saco quando este se encontra a meio da sua capacidade, utilizando um recipiente limpo e individualizado. • O despejo deve ser efetuado tendo em atenção a extremidade da torneira que não deve tocar em nenhum local e deve ser efetuada a sua limpeza, após o despejo, com compressa limpa ou papel absorvente.
<p>REMOÇÃO DO CATETER URINÁRIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O cateter urinário deve ser removido o mais precocemente possível. • A existência de protocolos de enfermagem pode contribuir para a remoção precoce do cateter urinário. • O recurso a lembretes (virtuais e/ou físicos), reduzem o tempo de algaliação e como consequência reduzem taxas de ITU. • A monitorização diária da pertinência do cateterismo urinário contribui para a redução do risco de ITU associado à algaliação.

CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem são “um processo de discernimento de necessidades de saúde indispensáveis à vida de alguém ou de um grupo; ou seja, uma interrogação, um diagnóstico, relativos às necessidades vitais, sejam de ordem biológica, afetiva, social e económica” (Collière, 2003, p. 241). Na prevenção da ITU, torna-se imprescindível o domínio de conhecimentos na área, por forma a garantir a resposta mais eficaz para um cliente em particular, adequando a nossa ação às suas reais necessidades.

O exercício especializado da profissão em enfermagem baseia-se numa busca contínua da melhor prática de cuidados centradas no cliente, ambicionando e pesquisando a melhor evidência científica, para dar resposta às exigências da prática profissional diária (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Procurar a melhor evidência científica com o intuito de assegurar a melhoria contínua dos cuidados, gerindo os cuidados de saúde em função desse conhecimento, são competências essenciais do enfermeiro especialista. Pela busca deste conhecimento, é ainda permitido ao enfermeiro especialista a conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria dos cuidados prestados, assim como a criação de uma ambiente terapêutico e seguro adequado ao cliente, centro da nossa prestação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (2014). *Guide to preventing catheter-associated tract infections*. USA: APIC.
- Apostolopoulou, E., Raftopoulos,V., Filntisis, G., Kithreotis, P., Stefanidis, E., Galanis, P. ...Veldekis, D. (2013). Surveillance of device-associated infection rates and mortality in 3 greek intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 22(3), 12-20.
- Blodgett, T. J. (2009). Reminder systems to reduce the duration of indwelling urinary catheters: a narrative review. *Urologic Nursing*, 29(5), 369-379.
- Bôas, P.J.F.V. & Ruiz, T. (2004). Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 372-378.
- Caljouw, M.A.A., Elzen, W.P.J.E., Cools, H.J.M. & Gussekloo, J. (2011). Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. a population-based prospective follow-up study. *BioMed Central*, 9, 1-8. Acedido em: 05-04-2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-9-57.pdf>.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2.ªed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Direção Geral de Saúde (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção. Acedido em: 17-03-2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008555.pdf>
- Dowling-Castronovo, A. & Specht, J.K. (2009). Assessment of transient urinary incontinence in older adults. *American Journal of Nursing*, 109 (2), 62-71. Acedido em: 05-04-2014. Disponível em: <http://nursing.ceconnection.com/nu/ovidfiles/00000446-200902000-00043.pdf;jsessionid=9E9D2391FA4B048C828469F7D25BA9C1>
- European Association of Urology Nurses (2012). Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care - Catheterization Indwelling catheters in adults Urethral and Suprapubic. Acedido em: 15-10-2014. Disponível em:

<http://nurses.uroweb.org/guideline/catheterisation-indwelling-catheters-in-adults-urethral-and-suprapubic/>

- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidaca;
- Foxman, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. *Infectious Disease Clinics of North America*, 28, 1-13.
- Healthcare Infection Control Practices Advisory Commitee (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. CDC. Acedido em: 17-03-2014. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.
- Melnyk, B.; Fineout-Overholt, E.; Stetler, C. & Allan, J. (2005). Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-Based Practice Leadership Summit. *Worldviews On Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society Of Nursing*, 2(3), 113-121.
- National Institute for Healthcare and Care Excellence (2014). Evidence Update 64 - *Infection Evidence Update (September 2014)*. Acedido em: 30-03-2014. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg139/evidence/cg139-infection-control-evidence-update2>.
- Newman, D. K. & Willson, M.M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urologic Nursing*, 31(1), 12-29.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Acedido em: 12-06-2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653. Acedido em 17-04-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Roriz-Filho, J.S., Vilar, F. C., Mota, L.M., Leal, C. L. & Pisi, P. C. B. (2010). Infecção do trato urinário. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 43(2),118-25.

Rycroft-Malone, J., Seers K., Titchen A., Harvey, G., Kitson, A., McCormack B. (2004) – Nursing and Health Care Management and Policy, What count as evidence in evidence-based practice? *Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advance Nursing*, 47 (1). 81-89.

Saint, S., Meddings, J., Calfee, D., Kowalski, C.P. & Kreln, S.L. (2009). Catheter-Associated Urinary Tract Infection and the Medicare Rule Changes. *Analls of Internal Medicine*, 150, 877-884.

Stillwell, S. B, Fineout-Overholt, E. Melnyk, B. M. & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice step by step - Searching for the Evidence Strategies to help you conduct a successful search. *AJN* , 2010, Vol. 110, n.º 5, p. 41-47. *The American Journal of Nursing*. Acedido em 15-10-2014. Disponível em http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf

Zarb, P., Amadeo, B., Muller, A., Drapier, N., Vankerckhoven, V., Davey, P. ... Goossens, H. (2012). Antimicrobial prescribing in hospitalized adults stratified by age. *Drugs aging*, 29(1), 52-62.

APÊNDICE III:

O Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009, 2013)

O MODELO DE PARCERIA

GOMES (2009,2013)

Este modelo surgiu da necessidade emergente de uma melhor compreensão de como os clientes idosos interpretam a relação de parceria, na prestação de cuidados, uma vez que a nossa sociedade os caracteriza como sujeitos passivos (Gomes, 2007).

Trata-se de um modelo de intervenção em Enfermagem que defende a visão da pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado, sendo esta uma condição estrutural para o estabelecimento de uma relação de parceria (Gomes, 2009). Os conceitos fundamentais para entender o Modelo de Parceria e para depois focalizar a prática de enfermagem em cuidados em parceria com o cliente idoso são: envolvimento, colaboração, participação, *empowerment* e parceria (Gomes, 2009)

O envolvimento pressupõe uma intervenção em que a opinião da pessoa idosa não é considerada, e as tarefas que são solicitadas não exigem grande nível de conhecimento, na medida em que não exigem a tomada de decisão (Gomes, 2009). A colaboração está relacionada com atividades que exigem raciocínio, exigindo a tomada de decisão da pessoa idosa (Gomes, 2009). A participação, por seu lado refere-se a todas as atividades intelectuais e/ou físicas, mas que não exigem o acordo mútuo dos parceiros (Gomes, 2009). O *empowerment* é um requisito fundamental para a participação da pessoa idosa nos cuidados que lhe são prestados, sendo importante reconhecer as suas capacidades para a tomada de decisão e para assumirem convicções, responsabilidades e até mesmo escolhas de vida (Gomes, 2009). A parceria, enquanto conceito nasce dos conceitos inerentes ao envolvimento, colaboração, participação e *empowerment* (Gomes, 2009).

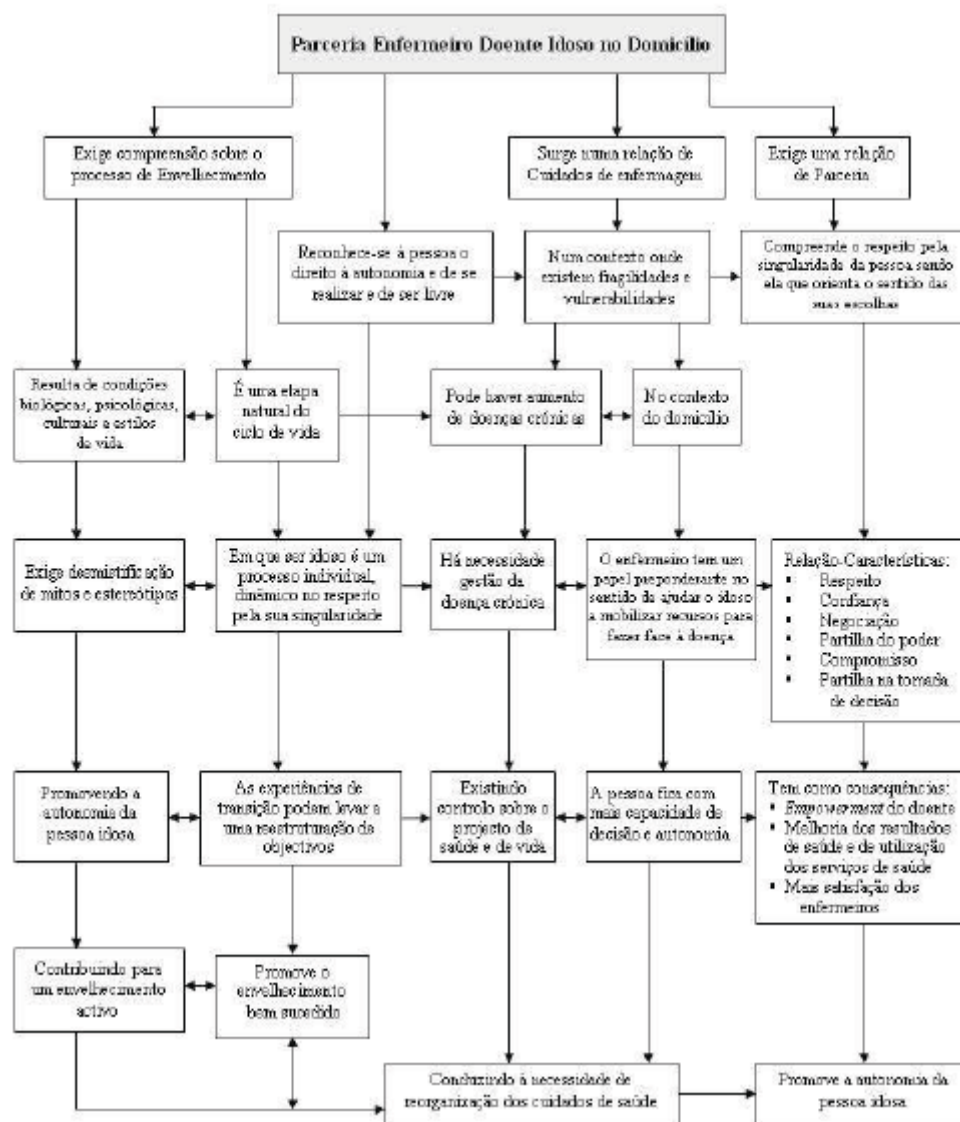
Gomes, (2007, 2009, 2013), considera ainda importante o respeito pela individualidade do Outro, devendo existir, por parte do enfermeiro a flexibilidade na abordagem e devendo estar preparado para partilhar o poder, o controlo e a autoridade, por forma a permitir a participação da pessoa idosa, não o coagindo a participar, mas antes, tornando-o parceiro de cuidados.

Destes comportamentos facilitadores da participação é possível gerar níveis de satisfação, concordância melhorada e maior eficácia na educação para a saúde por parte da pessoa idosa (Gomes, 2009). Uma participação autêntica, no entanto, exige a negociação de objetivos de promoção para a saúde para que a relação de

parceria seja uma realidade, assim como providenciar o espaço adequado para que a pessoa idosa mantenha as suas escolhas (Gomes, 2007, 2009, 2013). Existem assim três fatores importantes para a criação de um ambiente facilitador de cuidados, tendo como centro a pessoa idosa: os valores dos doentes, os valores do enfermeiro e peritos e o contexto de cuidados.

Contudo existem situações que constituem obstáculos à relação de parceria, como a carga de trabalho, o grau de dependência dos doentes e outras situações que são difíceis de gerir e constrangedoras para os enfermeiros e que se encontram

FIGURA I: MAPA CONCEPTUAL – PARCERIA ENTRE O ENFERMEIRO E O DOENTE IDOSO NO DOMICÍLIO



Fonte: Gomes (2009, p.103)

relacionadas com a recusa da toma de medicação, a confusão mental no idoso, entre outras (Gomes, 2009). Cabe aos enfermeiros encontrar estratégias para debelar estas situações, com o intuito de preservar a relação de parceria, estabelecendo prioridades, prestando cuidados individualizados e relacionando-se com a pessoa idosa de forma empática (Gomes, 2009). A figura I demonstra de forma esquemática a relação que se pode estabelecer entre o enfermeiro e a pessoa idosa (neste caso no domicílio) numa relação de parceria.

Gomes (2009, 2013) defende ainda que para que exista uma verdadeira relação de parceria, o enfermeiro deve ser promotor do Cuidado de Si, vendo a pessoa idosa, vulnerável e dependente, como um Ser de Projeto e de Cuidado (Gomes, 2009). Este cuidado, segundo Gomes (2009,2013) pressupõe um processo que engloba 5 fases (ver Figura II): revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro.

1.ª FASE: REVELAR-SE:

Esta é a primeira fase para o estabelecimento de uma relação de parceria. O enfermeiro, suportado por competências comunicacionais e relacionais, estabelece o primeiro contacto com a pessoa idosa e procura conhecer as suas características, preferências, crenças e valores e procurar reconhecer o seu potencial, para o ajudar a encontrar estratégias para dar continuidade ao seu projeto de vida.

2.ª FASE: ENVOLVER-SE

Nesta fase, o enfermeiro, proporcionando o tempo e o espaço, permite que o doente revele a sua pessoa e desenvolvem uma relação de proximidade e de qualidade, promovendo a confiança mútua. O enfermeiro vai ao encontro do Outro, demonstrando respeito e disponibilidade, partilhando experiências e dando significado às experiências e projetando estratégias, verificando recursos com o intuito de promover o cuidado de Si.

3.ª FASE: CAPACITAR OU POSSIBILITAR

Capacitar é a terceira fase deste modelo e pressupõe o desenvolvimento de competências para agir e decidir, da pessoa idosa e/ou família, tendo em conta as experiências e seus significados partilhados, por forma a permitir a concretização do projeto de cuidados. A terceira fase do Modelo de Intervenção em Parceria

caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências na pessoa idosa e familiar cuidador para agirem e decidirem, possibilitando desta forma a execução do projeto de cuidados. Ocorre a partilha de responsabilidade e de poder, tendo em conta a singularidade da pessoa idosa.

4.^a FASE: COMPROMETER-SE

Nesta fase ocorre a reunião de esforços conjuntos com o intuito de concretizar os objetivos delineados, isto é, o enfermeiro dá apoio à pessoa idosa/família para que esta se comprometa perante os objetivos, tendo em conta o que faz sentido para a sua vida. Desta forma o enfermeiro garante que os intervenientes possam vir a assumir o cuidado de Si próprio/cuidado do Outro.

5.^a FASE: ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI OU DO OUTRO

Esta é a última fase do Modelo de Parceria e apresenta uma dupla faceta. Assumir o cuidado de si: Constitui uma das facetas anteriormente referidas. Pretende-se que a pessoa idosa assegure a capacidade de assumir e controlar o seu projeto de vida e de saúde, sendo capaz de tomar decisões adequadas a Si. Isto permitirá o seu conforto e bem-estar.

Assegurar o cuidado do outro: Na incapacidade da pessoa idosa, a família ou o enfermeiro, asseguram por Si, a sua trajetória de vida, e assumem por si a responsabilidade do cuidado.

FIGURA 2: FASES DA CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE PARCERIA



Fonte: Gomes (2009, p.237)

O Modelo de parceria permite ver a pessoa idosa na sua globalidade, incluindo-a no processo de decisão e de cuidar, permitindo a sua capacitação e responsabilidade pela sua trajetória de vida (Gomes, 2009; Gomes, 2013). Compete ao enfermeiro capacitar a pessoa para que esta seja capaz de assumir o Cuidado de Si, ou não sendo possível, que a família seja capaz de assumir essa responsabilidade (Gomes, 2009; Gomes, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gomes, I. D. (2007). O Conceito de Parceria na Interação Enfermeiro/Doente Idoso – Da submissão à acção negociada. In C. Mesquita, I. D. Gomes, M. G. Mestrinho, R. Carvalho & R. Dinis. *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma Questão de Cidadania* (pp. 69-113). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si. A natureza da Parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento. Lisboa. Acedido em 17-07-2014. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3800/4/Tese%20PhD%20Enfermagem%20Idalina%20Gomes.pdf>.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência.

APÊNDICE IV:

Consentimento para a realização das observações/auditorias á equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais

CONSENTIMENTO INFORMADO

ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica (vertente Pessoa idosa), a realizar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a realizar um projeto no Serviço de Urgência Geral com o tema “A prevenção da Infecção Urinária na Pessoa idosa: a intervenção de enfermagem”, orientado pela Professora Idalina Gomes, cujo objetivo é atuar na prevenção da Infecção do trato urinário, na pessoa idosa.

Gostaria de solicitar a sua participação, permitindo a observação das suas práticas relativas ao procedimento da algaliação, manutenção e remoção do catéter urinário, e ainda hidratação na pessoa idosa.

A sua participação é muito importante, para poder atingir os objetivos deste projeto.

As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados.

Setúbal, ____ de _____ de 2014

Assinatura do Participante:

CONSENTIMENTO INFORMADO

ASSISTENTES OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica (vertente Pessoa idosa), a realizar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a realizar um projeto no Serviço de Urgência Geral com o tema “A prevenção da Infecção Urinária na Pessoa idosa: a intervenção de enfermagem”, orientado pela Professora Idalina Gomes, cujo objetivo é atuar na prevenção da Infecção do trato urinário, na pessoa idosa.

Gostaria de solicitar a sua participação, colaborando na resposta, a algumas questões e permitindo a observação das suas práticas relativas ao despejo do saco de drenagem urinária.

A sua participação é muito importante, para poder atingir os objetivos deste projeto.

As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados.

Setúbal, ____ de _____ de 2014

Assinatura do Participante:

APÊNDICE V:

Cronograma de atividades desenvolvidas ao longo do estágio

PROJETO: “A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA PESSOA IDOSA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM”

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES DO PROJETO	2014				2015	
	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO
Orientação Tutorial.	FÉRIAS DE VERÃO				FÉRIAS DE NATAL	
Revisão da Literatura.						
Apresentação do Projeto às Equipas.						
Estágio na Comunidade – UCC						
Estágio no GCRPCI do Hospital de Referência						
Estágio no SUG e GCRPCI do hospital onde foi implementado o projeto.						
Participação em congressos sobre a temática da prevenção e controlo de infeção e sobre a pessoa idosa						
Elaboração e apresentação do estudo de caso na Comunidade.						
Observação participativa das práticas de cuidados na						

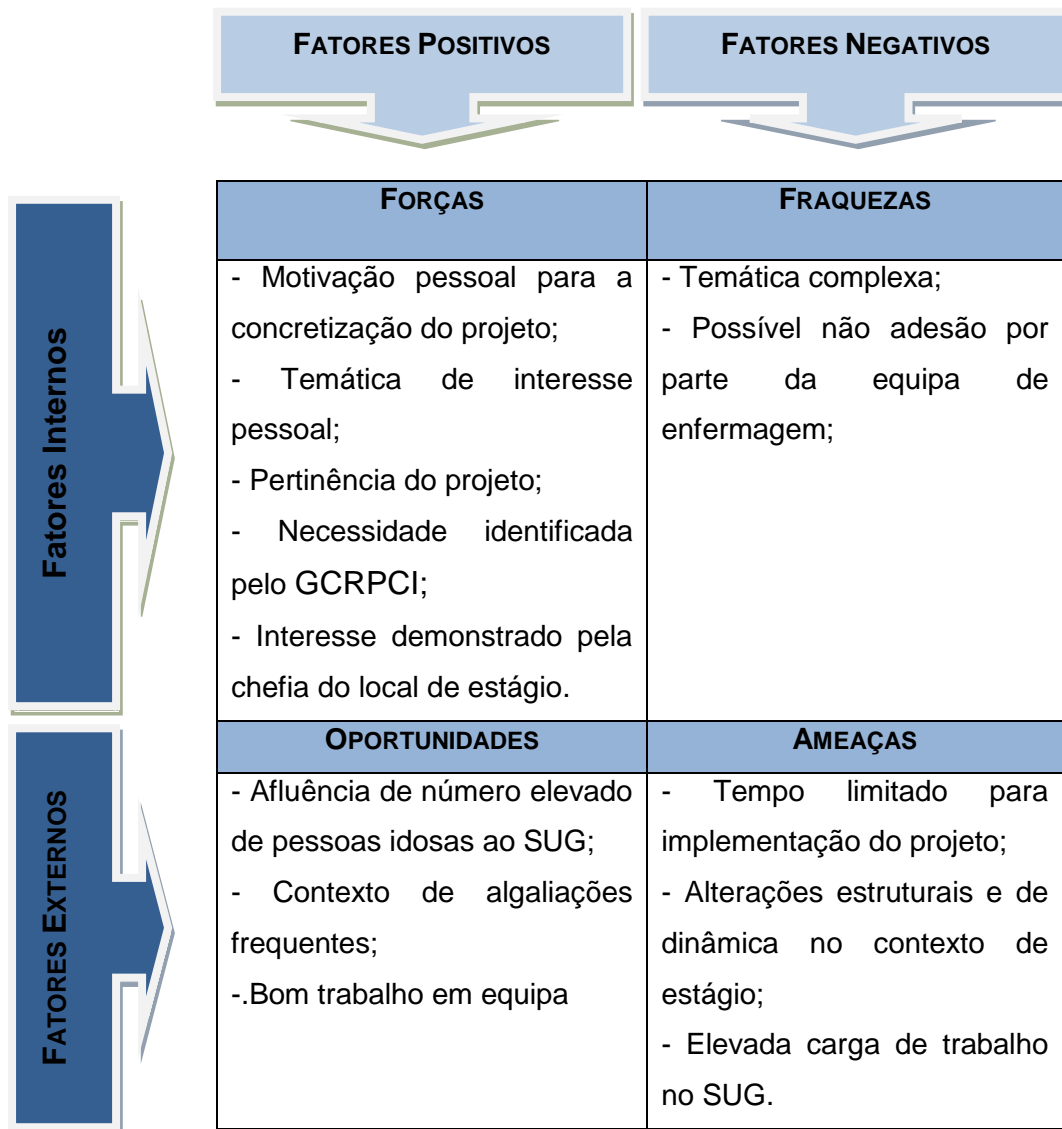
comunidade, à pessoa idosa.								
Prestação de cuidados especializados em parceria com a pessoa idosa no SU.								
Realização de questionário às Assistentes Operacionais do SU.								
Entrega de consentimentos para observação de práticas relativas à prevenção da ITU na pessoa idosa.								
Realização de auditorias iniciais relativas à prevenção da ITU na pessoa idosa.								
Realização de ações de formação sobre a higiene das mãos e sobre a prevenção da ITU a enfermeiros e assistentes operacionais.								
Análise dos registos de enfermagem no sistema informático Alert©, relativamente à intervenção em parceria com a pessoa idosa algaliada no SU.								
Definir estratégias, em parceria com a pessoa idosa e família relativamente à preparação para alta, no que diz respeito à prevenção da ITU.								
Redação do Relatório Final								

APÊNDICE VI:

Análise Swot do Projeto

ANÁLISE SWOT

PROJETO DE INTERVENÇÃO: “A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA PESSOA IDOSA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM”



APÊNDICE VII:

2.^a Jornadas de Enfermagem do CHS, EPE – “Um olhar reflexivo sobre o (in) visível: Intervenção partilhada de enfermagem”

Resumo da comunicação livre e apresentação em PowerPoint

RESUMO DE COMUNICAÇÃO

TÍTULO: A prevenção da infeção do trato urinário (ITU) na pessoa idosa hospitalizada: intervenção de enfermagem.

AUTORIA: Vera Oliveira, aluna do 5º Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa idosa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; **TELEMÓVEL:** 963885159| **EMAIL:** veraoliveira0104@gmail.com

SOB ORIENTAÇÃO DE: Idalina Delfina Gomes, Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa| **TELEMÓVEL:** 969 670 667 | **EMAIL:** idgomes@esel.pt

INTRODUÇÃO:

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são frequentes na pessoa idosa, apresentando uma prevalência de 13,8 % nos idosos com mais de 85 anos (1). A ITU é das IACS mais frequentes nos idosos, com impacto associado à algaliação (2, 3, 4, 5), contribuindo para o aumento da morbi-mortalidade, tempo de internamento desta população e consumo acrescido dos recursos comunitários (6). A prevenção é um ponto-chave da prestação de cuidados de enfermagem, para atenuar esta situação.

OBJETIVOS:

Identificar as intervenções de enfermagem na prevenção da ITU nos idosos.

METODOLOGIA:

Revisão sistemática da literatura, realizada de Março a Julho de 2014, nas bases de dados *Cinahl Plus* e *Medline*, incluindo estudos em texto integral, de 2008-2014, com a questão PICO: Quais as intervenções de enfermagem na prevenção da ITU na pessoa idosa?. Palavras-chave: *healthcare associated infections, catheter-associated tract infection, urinary tract infections, infection control, aged e nursing care*.

RESULTADOS:

A bacteriúria ocorre em 50 % dos doentes hospitalizados com cateter vesical após 7 a 10 dias (3). A redução da incidência das ITU associadas às IACS verifica-se pela redução e restrição do recurso à algaliação e remoção precoce desta quando indicada (5, 7; 8). Os lembretes

físicos, virtuais ou combinados para estimular a monitorização da necessidade de manter doentes algaliados e remoção precoce, associados a boas práticas de cuidados no manuseamento do cateter urinário e sistema de drenagem constituem intervenções de enfermagem fundamentais na sua redução (2, 9, 10; 11; 12).

CONCLUSÃO:


Os protocolos de enfermagem podem reduzir a incidência e duração da algaliação e ITU associadas (13). A prevenção das IACS são importantes na segurança do doente, exigindo o envolvimento dos enfermeiros na adesão às boas práticas e implementação das políticas institucionais, pelo que estamos a implementar um projeto no SUG visando a prevenção da ITU nos idosos.

BIBLIOGRAFIA:

1. DGS (2013). Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses – Inquérito de 2012. Acedido em 14-03-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf>
2. Blodgett, T. J. (2009). Reminder systems to reduce the duration of indwelling urinary catheters: a narrative review. *Urologic Nursing*, 29(5), 369-379.
3. Newman, D. K. & Willson, M.M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urologic Nursing*, 31(1), 12-29.
4. Roriz-Filho, J.S., Vilar, F. C., Mota, L.M., Leal, C. L. & Pisi, P. C. B. (2010). Infeção do trato urinário. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 43(2), 118-25.
5. Saint, S., Meddings, J., Calfee, D., Kowalski, C.P. & Kreln, S.L. (2009). Catheter-Associated Urinary Tract Infection and the Medicare Rule Changes. *Annals of Internal Medicine*, 150, 877-884.
6. Bôas, P.J.F.V. & Ruiz, T. (2004). Ocorrência de infeção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 372-378.
7. HICPAC (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.

8. Hooton, T.M., Bradley, S.F., Cardenas, D.D., Colgan, R., Geerlings, S.E., Rice, J.C., ...Nicolle, L.E. (2010). Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infections in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the infection diseases society of America. *Oxford Journals*, 50, 625-663. Acedido em 05-04-2014. Disponível em: <http://cid.oxfordjournals.org/content/50/5/625.full.pdf+html>
9. Bernard, M. S., Hunter, K. F., & Moore, K. N. (2012). A review of strategies to decrease the duration of indwelling urethral catheters and potentially reduce the incidence of catheter-associated urinary tract infections. *Urologic Nursing*, 32 (1), 29-37.
10. Chen, Y., Chi, M., Chen, Y., Chan, Y., Chou, S. & Wang, F. (2013). Using a criteria-based reminder to reduce use of indwelling urinary catheters and decrease urinary tract infections. *American Journal of Critical Care*, 22 (2), 105-114.
11. Lo, E., Nicolle, L., Classen, D., Arias, K.M., Podgorny, K., Anderson, D.J. ... Yokoe, D.S. (2008). Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals. *Chicago Journals*, 29 (1), 40-50.
12. Meddings, J., Rogers, M. A. M., Macy, M. & Saint, S. (2010). Systematic review and meta-analysis: reminder systems to reduce catheter-associated urinary tract infections and urinary catheter use in hospitalized patients. *Clinical Infection Diseases*, 51(5), 550-560.
13. Mori, C. (2014). A-voiding catastrophe: implementing a nurse-driven protocol. *Medsurg Nursing*, 23(1), 15-28


PowerPoint apresentado nas 2^{as} Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal EPE



Um olhar reflexivo sobre o (in)visível
Intervenção partilhada de enfermagem


A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) NA PESSOA IDOSA: A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Vera Oliveira : Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa
da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Orientação: Idalina Gomes Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



AGENDA

- INTRODUÇÃO
- 1. PROBLEMÁTICA
- 2. OBJETIVO
- 3. METODOLOGIA
- 4. RESULTADOS
- 5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA
- CONCLUSÃO



INTRODUÇÃO

- As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são frequentes na pessoa idosa, apresentando uma prevalência de 13,8 % nos idosos com mais de 85 anos.
- A ITU é das IACS mais frequentes nos idosos, com impacto associado à algaliação, contribuindo para o aumento da morbi-mortalidade, tempo de internamento desta população e consumo acrescido dos recursos hospitalares e comunitários.
- A prevenção é um ponto-chave da prestação de cuidados de enfermagem, para atenuar esta situação.

DGS (2013). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.
Newman, D. K. & Willson, M.M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. Urologic Nursing, 31(1), 12-29.
Roriz-Filho, J.S., Vilar, F. C., Mota, L.M., Leal, C. L. & Pisi, P. C. B. (2010). Infecção do trato urinário. Medicina (Ribeirão Preto), 43(2),118-25.

1. PROBLEMÁTICA

DGS 2013 - Programa de Saúde Prioritário
Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.

Problemática na Pessoa Idosa
Vulnerabilidade

Prevalência de casos de IH e uso de AM						
Grupos Etários	Distribuição Etária	Infeção Hospitalar			Uso de Antimicrobianos	
		n	%	IC95%	n	%
< 1 ano	5,3%	52	5,4%	(4,1%;7,7%)	192	19,9%
1-4 anos	1,1%	8	4,0%	(1,7%;7,7%)	107	53,5%
5-14 anos	1,5%	11	4,0%	(2%;7,1%)	135	49,6%
15-24 anos	3,2%	34	5,8%	(4,1%;8,1%)	214	36,8%
25-34 anos	5,9%	48	4,5%	(3,3%;5,9%)	370	34,5%
35-44 anos	7,8%	86	6,1%	(4,9%;7,4%)	575	40,5%
45-54 anos	10,1%	174	9,5%	(8,2%;10,9%)	815	44,3%
55-64 anos	13,6%	293	11,8%	(10,6%;13,2%)	1102	44,5%
65-74 anos	18,3%	420	12,6%	(11,5%;13,8%)	1564	47,0%
75-84 anos	22,8%	531	12,8%	(11,8%;13,9%)	2083	50,2%
85 ou > anos	10,3%	258	13,8%	(12,2%;15,4%)	1060	56,6%
Total	18199	1926	10,6%	(10,2%;11,1%)	8244	45,4%

DGS (2013). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda

1. PROBLEMÁTICA

Localização das IH	% Doentes com Infeção (IC 95%)	% do total de IH	Confirmação Microbiológica
Infeção Vias Resp Inf	620 – 3,4% (3,1 – 3,8)	29,3%	38,5%
Inf vias urinárias	444 – 2,4% (2,2 – 2,7)	21,1%	73,9%
Inf Local Cirúrgico	377 – 2,1% (1,9 – 2,3)	18%	52,8%
Inf. Corrente Sanguínea	171 – 0,9% (0,8 – 1,1)	8,1%	98,8%
Inf. Gastrointestinal	123 – 0,7% (0,6 – 0,8)	5,9%	58,5%
Inf. Pele e Tec. Moles	105 – 0,6% (0,5 – 0,7)	5%	--
Outras infeções	262 – 1,5%	12,5%	--
Total	2103 – 10,6% (10,1 -11,0)	100%	--

2.ª Causa de IH a nível nacional

DGS (2013). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

2. OBJETIVO

- IDENTIFICAR AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ITU NOS IDOSOS.

3. METODOLOGIA

3.1. QUESTÃO DE PARTIDA

QUAIS AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ITU NA PESSOA IDOSA?



EFETUADA PESQUISA DE ABRIL A JULHO DE 2014

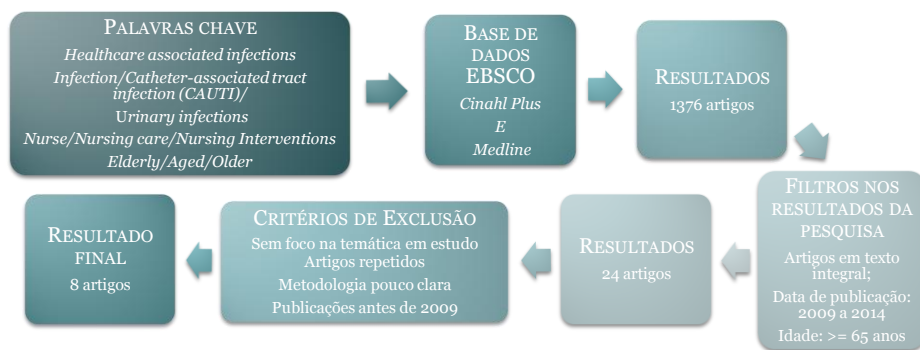
3. METODOLOGIA

3.2. CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO

				PALAVRAS CHAVE
P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa idosa	Elderly Aged Older
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem que previnem a ITU	
(C)	Comparações	Podem existir ou não	Não aplicável	
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências	Efeitos e consequências sobre a ocorrência da infeção do trato urinário	Nurse Nursing interventions Nursing care Infection Urinary infection

3. METODOLOGIA

3.3. PROCESSO DE PESQUISA E SELEÇÃO



4. RESULTADOS

4.1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ITU NA PESSOA IDOSA

- Algaliação apenas quando indicado e não haja outra alternativa
- Alternativas (algaliação intermitente, dispositivo externo)
- Técnica apropriada (higiene das mãos, experiência, antisséptico vs. S.F. vs. água esterilizada)
- Manutenção e fixação do catéter urinário e saco de drenagem

HICPAC (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC.
Hooton, T.M., Bradley, S.F., Cardenas, D.D., Colgan, R., Geerlings, S.E., Rice, J.C., ...Nicolle, L.E. (2010). Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infections in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the infection diseases society of America. *Oxford Journals*, 50, 625-663. Acedido em 05-04-2014.
Saint, S., Meddings, J., Calfee, D., Kowalski, C.P. & Krein, S.L. (2009). Catheter-Associated Urinary Tract Infection and the Medicare Rule Changes. *Annals of Internal Medicine*, 150, 877-884.

4. RESULTADOS

4.1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ITU NA PESSOA IDOSA (CONT.)

- Posição correta do saco de drenagem
- Conhecer o material de algaliação
- Remoção precoce (recurso a lembretes físicos, virtuais e combinados)
- Existência de protocolos de enfermagem

Bernard, M. S., Hunter, K. F., & Moore, K. N. (2012). A review of strategies to decrease the duration of indwelling urethral catheters and potentially reduce the incidence of catheter-associated urinary tract infections. *Urologic Nursing*, 32 (1), 29-37.
Blodgett, T. J. (2009). Reminder systems to reduce the duration of indwelling urinary catheters: a narrative review. *Urologic Nursing*, 29(5), 369-379.
Chen, Y., Chi, M., Chen, Y., Chan, Y., Chou, S. & Wang, F. (2013). Using a criteria-based reminder to reduce use of indwelling urinary catheters and decrease urinary tract infections. *American Journal of Critical Care*, 22 (2), 105-114.
HICPAC (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC.
Mori, C. (2014). A-voiding catastrophe: implementing a nurse-driven protocol. *Medurg Nursing*, 23(1), 15-28.

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

5.1. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO NO SUG PARA PREVENIR AS ITU NA PESSOA IDOSA - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

ITU
Taxa de prevalência de 12,6%
3.ª Principal Causa de IH

Localização da Infecção	IACS	Prevalência (%)
Aparelho Respiratório	12	37,5
Pneumonia	10	31,3
Outras Inf. Resp. Inferiores	2	6,2
Local Cirúrgico	6	18,7
Incisional Superficial	1	3,1
Incisional Profunda	1	3,1
Órgão / Espaço	4	12,5
Aparelho Urinário	4	12,6
I. Urinária Sintomática c/conf.	2	6,3
I. Urinária Sintomática s/conf.	2	6,3
I. Pele e Tecidos Moles	4	12,6
I. Pele	2	6,3
I. Tecidos Moles	2	6,3
Outras (U. decúbito, mastite, etc.)	0	0,0
Olhos, Ouvido, Nariz, Boca	2	6,2
Infecções do olho	1	3,1
Infecções do ouvido	1	3,1
Infecção Oral	1	3,1
Inf. Vias Resp. Superiores	0	0,0

Comissão de Controle de Infecção - HSB (2013). Relatório: Inquérito de prevalência de infecção 2012.

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

5.1. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO NO SUG PARA PREVENIR AS ITU NA PESSOA IDOSA - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

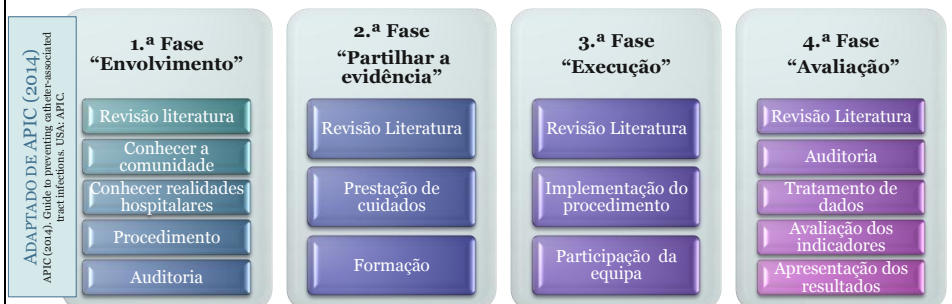
Dispositivos Invasivos		N.º Doentes (%)	Com IACS	Prevalência de IACS
Intubação Traqueal	Sim	5 (2,3%)	4	80,0%
	Não	209 (97,7%)	25	12,0%
Cateter vascular central	Sim	28 (13,1%)	11	39,3%
	Não	186 (86,9%)	18	9,7%
Cateter vascular periférico	Sim	130 (60,7%)	19	14,6%
	Não	83 (38,8%)	10	12,0%
Cateter urinário	Sim	59 (27,6%)	14	23,7%
	Não	151 (70,6%)	14	9,3%

Taxa de prevalência de infecção de 23,7% associada à Presença de Catéter Urinário

Comissão de Controlo de Infecção - HSB (2013). Relatório: Inquérito de prevalência de infecção 2012.

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

5.2. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO NO SUG PARA PREVENIR AS ITU NA PESSOA IDOSA - FASES DO PROJETO



CONCLUSÃO

- Os protocolos de enfermagem podem reduzir a incidência e duração da algaliação e ITU associadas.
- A prevenção das IACS são importantes na segurança do doente, exigindo o envolvimento dos enfermeiros na adesão às boas práticas e implementação das políticas institucionais, pelo que estamos a implementar um projeto no SUG visando a prevenção da ITU nos idosos.
- São esperados resultados que serão avaliados pelas auditorias.

HICPAC (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC.
Mori, C. (2014). A-voiding catastrophe: implementing a nurse-driven protocol. Medsurg Nursing, 23(1), 15-28.
Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, 27-39.

2^{as} Jornadas ENFERMAGEM

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL EPE

Um olhar reflexivo sobre o (in)visível
Intervenção partilhada de enfermagem

A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) NA PESSOA IDOSA : A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Vera Oliveira : Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Orientação: Idalina Gomes Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

APÊNDICE VIII:

IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria – “Envelhecimento
ativo, saudável e positivo”

Resumo da comunicação livre e Poster

SINOPSE CURRICULO VITAE AUTORES

Ana Filipa Alves Duarte

E-mail: filipaduarte83@gmail.com

Contato telefónico: 9641110141

Enfermeira no Serviço de Urgência Geral – Centro Hospitalar de Setúbal desde

Enfermeira na Associação Solidariedade Social dos Professores – Delegação de Setúbal

Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,

Vertente Pessoa idosa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa 2013-2015

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Setúbal

Verónica Isabel Marques Florêncio

E-mail: veronicaflorencio1@gmail.com

Contato telefónico: 962845770

Experiência Profissional:

Enfermeira no Serviço de Urgência Geral – Centro Hospitalar de Setúbal desde 2009

Enfermeira na Associação Solidariedade Social dos Professores – Delegação de Setúbal desde 2009

Enfermeira na empresa Bel Diagnóstico Multiserviços de Assistência a Cuidados de Saúde, Lda- Instituto de Emprego e Formação Profissional Setúbal desde 2013

Formação Académica e Profissional:

Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa idosa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa 2013-2015

Membro da Comissão de Controlo de Infecção do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal desde 2014

Curso de Formação Inicial de Formadores, com obtenção do Certificado de Competências Pedagógicas de Formador (CCP) nº F615795/2013 em 2014

Membro da Comissão Científica das V Jornadas de Enfermagem Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, com a temática “Ver, Ouvir e Sentir – Um Olhar Sobre o Cuidar”, em 2011

Curso de “Ventilação Mecânica Não Invasiva para Enfermeiros” - *Formasau, Formação e Saúde, Lda.*, em 2010

Pós-Graduada em Urgência e Emergência Hospitalar, pela Universidade Atlântica em 2009-2010

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Pólo Calouste Gulbenkian 2004-2008

Vera Lúcia Pereira de Oliveira

E-mail: veraoliveira0104@gmail.com

Contato telefónico: 963885159

Experiência Profissional:

Enfermeira no Serviço de Urgência Geral – Centro Hospitalar de Setúbal desde 2007

Enfermeira no Serviço de Cirurgia I – Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António de 2004-2007

Formação Académica e Profissional:

Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa idosa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa 2013-2015

Pós-Graduada em Urgência e Emergência Hospitalar, pela Universidade Atlântica em 2009-2010

Membro da Comissão Organizadora das V Jornadas de Enfermagem Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, com a temática “Ver, Ouvir e Sentir – Um Olhar Sobre o Cuidar”, em 2011

Curso de Formação Inicial de Formadores, com obtenção do Certificado de Competências Pedagógicas de Formador n.º EDF 534924/2010 DN.

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Ana Guedes, Porto 2000-2004

ORIENTAÇÃO

Idalina Delfina Gomes

Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

E-mail: idgomes@esel.pt

Contato telefónico: 969670667

ARTIGO

Implicações da Institucionalização da Pessoa idosa: Avaliar para prevenir

Duarte, Ana Filipa*; Oliveira, Vera Oliveira**; Florêncio, Verónica*

* Enfermeira no Serviço de Urgência Geral – Centro Hospitalar de Setúbal e na Associação Solidariedade Social dos Professores – Delegação de Setúbal

** Enfermeira no Serviço de Urgência Geral – Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução

O envelhecimento constitui uma fase inevitável da vida do ser humano, exigindo cuidados preventivos, curativos e paliativos¹. O aumento da esperança média de vida constitui um aspeto positivo no entanto ele representa um desafio para todos nós na medida em que os idosos, grupo etário vulnerável ao aparecimento de doenças crónicas, representam uma percentagem cada vez maior da população².

A institucionalização, quer em hospital quer em lar, pode causar vivências stressantes e capazes de afetar o estado funcional e psicológico, podendo ainda contribuir para o aparecimento de complicações que agravem a condição de saúde da pessoa idosa³. Estas complicações são motivo do aumento dos custos com a saúde e duração dos internamentos⁴. A deteção precoce de complicações na pessoa idosa pode ser possível através da aplicação do instrumento “SPICES” de forma a planificar intervenções preventivas e terapêuticas⁴.

Objetivos

- (1) Identificar as complicações decorrentes da institucionalização da pessoa idosa, tendo como guião o instrumento de avaliação Fulmer “SPICES”;
- (2) Identificar e analisar as intervenções do enfermeiro especialista nesta área tendo em conta um quadro conceptual de enfermagem centrado na pessoa.

Metodologia

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura baseada na questão: “Quais as intervenções do enfermeiro especialista na diminuição das implicações decorrentes da institucionalização da pessoa idosa?”

A pesquisa foi realizada em bases de dados internacionais, utilizando as palavras chave: *hospitalization, nursing home, elderly/aged, aftereffects*.

Em trabalho de campo foi realizada uma colheita de dados com recurso ao instrumento de avaliação Fulmer “SPICES” tendo sido aplicado em contexto hospitalar e na comunidade.

Resultados

Em contexto de lar identificaram-se como principais problemas na pessoa idosa a incontinência e os problemas relacionados com o sono.

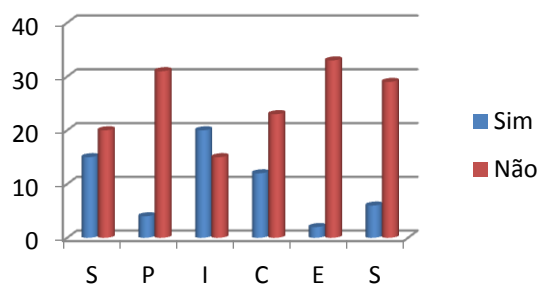


Gráfico 1: Resultado aplicação Fulmer "SPICES" em contexto de lar.

Em contexto hospitalar contactou-se que as principais complicações na pessoa idosa estão relacionadas com a incontinência e a alimentação.

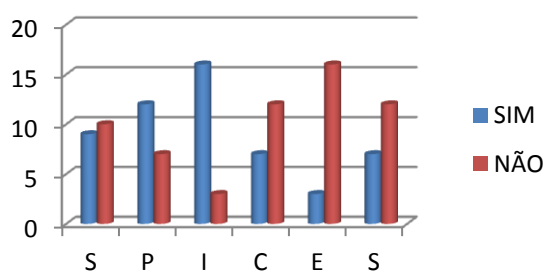


Gráfico 2: Resultado aplicação Fulmer "SPICES" em contexto hospitalar.

Discussão dos Resultados

Estes resultados corroboram outros estudos que evidenciam que a incontinência urinária encontra-se associada a hospitalização e a um baixo sentimento de bem-estar e qualidade de vida^{5,6}.

Os problemas do sono podem interferir com a capacidade de raciocínio e memória, tendo consequências ao nível emocional e do humor, contribuindo de forma significativa para a qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada⁷.

A alimentação, deverá ser saudável e equilibrada para favorecer a saúde física e emocional, prevenindo o aparecimento das patologias ou evitando o seu agravamento⁷.

Conclusão

O enfermeiro especialista assume um papel importante na prática de enfermagem avançada no cuidado à pessoa idosa, vendo-o como parceiro de cuidados, prevenindo complicações, proporcionando conforto e bem-estar⁸. Uma completa avaliação inicial deve ser realizada no momento da admissão nos dois contextos, de forma a conhecer os hábitos e rotinas da pessoa idosa, personalizando o plano de cuidados

A promoção do conforto e de um ambiente seguro e promotor do sono, a implementação de um plano alimentar personalizado e de acordo com as necessidades nutricionais, a programação da ingestão hídrica e a antecipação da micção (que pode reduzir a algaliação), são intervenções de enfermagem que permitem o desenvolvimento das potencialidades e capacidade funcional da pessoa idosa.

Uma relação de confiança deve ser também estabelecida, promovendo a ligação com a família, dando suporte, apoio emocional e mediar o diálogo⁹.

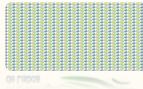
Referências Bibliográficas

1. Dinis, R. P. A. B. D. (2006). *A família do idoso: o parceiro esquecido?: cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos enfermeiros*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa;
2. OMS (2007). *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Acedido em 01-04-2014. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf;
3. Cabete, D. (2005) *O Idoso, a Doença e o Hospital*. Loures. Lusociência;
4. Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/public/modules/1187>;
5. Teunissen, D., Bosch, W.V.D., Weel, C.V. & Lagro-Janssen, T. (2006). It can always happen: The impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 166-173. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/02813430600739371>;

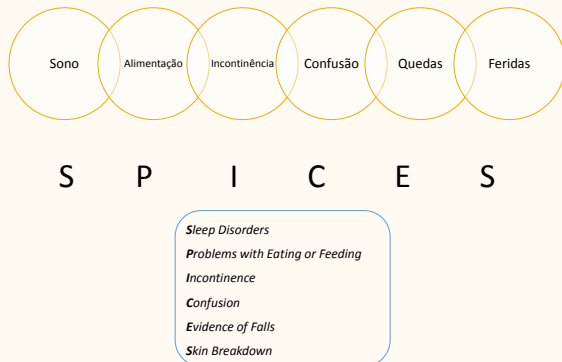
6. Anpalahan, M. & Gibson S.J. (2008). Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. *Internal Medicine Journal*, 38, 16–23. Acedido em 2014/04/01. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1445-5994.2007.01398.x/pdf> ;
7. Ribeiro, O. & Paúl, C. (2012) *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda;
8. Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;
9. Chan, H. Y.L. & Pang, S. M.C. (2010). Let me talk – an advance care planning programme for frail nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 3073–3084. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&sid=a2c99ade-2250-4750-be5e-40ac867fe725%40sessionmgr4005&hid=4112>.

IMPLICAÇÕES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

AVALIAR PARA PREVENIR



1. Estudantes do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2. Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Introdução

O aumento da esperança média de vida constitui um aspeto positivo, mas representa também um desafio para os profissionais de saúde na medida em que os idosos, podem estar mais vulneráveis ao aparecimento de doenças crónicas¹, levando à institucionalização em hospital ou lar. Esta pode causar vivências stressantes contribuindo para o aparecimento de complicações que afetam o estado funcional da pessoa idosa². As complicações são motivo do aumento dos custos com a saúde e duração dos internamentos e sofrimento da pessoa idosa². Assim impõe-se que os enfermeiros especialistas promovam a deteção precoce das mesmas, através da aplicação de instrumentos de forma a planificar intervenções preventivas e terapêuticas².

1. Objetivos

- Identificar as complicações decorrentes da institucionalização da Pessoa Idosa (PI) em contexto Hospitalar em Serviço de Urgência (SU) médico-cirúrgico e em contexto de lar no distrito de Setúbal.
- Enumerar as complicações mais frequentes decorrentes da institucionalização da PI em contexto de SU e em contexto de lar, utilizando a escala Fulmer “SPICES”.
- Analisar as intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em saúde da PI para prevenção e controlo destas complicações.

2. Metodologia

Este trabalho foi desenvolvido em duas fases:

1ª fase: Revisão narrativa da literatura com base na questão: “Quais as principais complicações decorrentes da institucionalização da PI?” e nas seguintes palavras-chave: *hospitalization, nursing home, elderly/aged, aftereffects*, com síntese e análise dos principais resultados;

2ª fase: Trabalho de campo no SU e em contexto de lar, com recurso à escala de Fulmer “SPICES” para identificação das complicações mais frequentes nestes dois contextos. Colheita realizada numa amostra os 19 utentes internados em Serviço de Observação no SUG e nos 35 residentes do Lar todos com idades superiores aos 65 anos.

3. Resultados

A literatura mostra que as principais complicações decorrentes da institucionalização são: os problemas relacionados com o sono, alimentação, incontinência, confusão, quedas e feridas.

Em contexto de lar identificaram-se 20 residentes com problemas de incontinência e 15 com problemas relacionados com o sono;

No SU verifica-se que as principais complicações na PI são a incontinência e a alimentação com 16 e 12 casos respetivamente como indicam os gráficos.



Gráfico 1: Resultado aplicação Fulmer “SPICES” em contexto de lar.

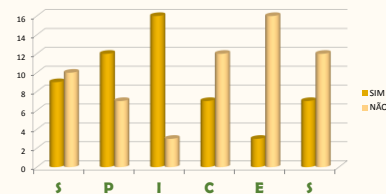


Gráfico 2: Resultado aplicação Fulmer “SPICES” em contexto hospitalar.

4. Discussão de Resultados

Estes resultados corroboram outros trabalhos que apontam a incontinência urinária como uma das principais complicações decorrentes da institucionalização, estando associada a uma baixa auto-estima^{3,4}, a par das alterações do sono que interferem com a capacidade de raciocínio e memória, tendo consequências emocionais e no humor. Estas complicações afetam significativamente a qualidade de vida da PI⁵. A alimentação é também apontada como uma complicação frequente da PI e que pode levar ao aparecimento de patologias ou evitando o seu agravamento⁵.

Conclusão

Faça aos resultados encontrados, que apontam como complicações mais frequentes na PI institucionalizada os problemas relacionados com o sono, alimentação, incontinência, confusão, quedas e feridas, constatámos que são áreas de cuidados sensíveis aos cuidados de enfermagem, pelo que o enfermeiro especialista na saúde da PI tem um papel preponderante na sua identificação precoce e no desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada em parceria com a PI que permita, desde a admissão conhecer os hábitos e estilos de vida PI para em conjunto com esta e família possa estabelecer um plano de cuidados personalizado que promova o conforto, o sono, um ambiente seguro que previna quedas, úlceras de pressão, a antecipação da micção, que pode reduzir a algáliação e a implementação de um plano alimentar e ingestão hídrica que promova um bom estado nutricional⁵. Estas intervenções de enfermagem trazem ganhos para a saúde da pessoa idosa pois permitem a manutenção ou a promoção da capacidade funcional da pessoa idosa no sentido de que ela continue a desenvolver o seu projeto de vida^{6,7}.

Referências Bibliográficas

1. OMS (2007). Global Report on Falls Prevention in Older Age. Acedido em 01-04-2014. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/falls_prevention?March.pdf
2. Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://nursing.ccsconnection.com/nu/public/ajon/ajon1187>
3. Teutissen, O., Bosch, W.J.D., Nee, C.V. & Lugo-Janssen, T. (2006). It can always happen: The impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 166-173. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://informahighcare.com/doi/pdf/10.1080/02813430600739271>
4. Anpalathan, M. & Gibson, S.J. (2008). Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. *Internal Medicine Journal*, 38, 16-23. Acedido em 2014/04/01. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1445-5994.2007.01398.x/pdf>
5. Ribeiro, O. & Paul, C. (2012) *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda;
6. Gomes, I. S. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Navegação da Paciente entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *O Cuidado do Enfermeiro à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp. 77-110). Loures: Lusociência;
7. Chan, H.Y.L. & Pang, S. M.C. (2010). Let me talk – an advance care planning programme for frail nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3073–3084. Acedido em 01-04-2014. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&cid=2399ade-2320-4750-40a8-40a8676725040&sessionmgr=4005&hid=4112>

APÊNDICE IX:

3.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, da Ordem dos Enfermeiros
Resumo da comunicação livre e Poster

FICHA RESUMO TRABALHOS LIVRES

Tipo: **Comunicação Livre** ☐

Poster ☒

Autor(es)/ Membro(s) n.º E-mail de contato:	Nome:	Nº Cédula Profissional:	Contato telefónico:	Email:
	1. Vera Lúcia Pereira de Oliveira	47732	96388515 9	veraoliveira010 4@gmail.com
	2. Idalina Delfina Gomes	30214	96967066 7	idgomes@esel. pt
	3.			
	4.			
	5.			

Número de entrada para a Comissão Científica*: _____

* A Preencher pelos Serviços.

Título:	A prevenção da infeção do trato urinário na pessoa idosa na comunidade: o modelo de parceria como suporte de intervenção de enfermagem
Resumo: 400 palavras – máximo Incluir: Introdução/problemática, Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões/ Recomendações	INTRODUÇÃO/PROBLEMÁTICA: <p>A Infeção do Trato Urinário (ITU) é a infeção mais comum na comunidade encontrando-se associada a elevadas taxas de morbilidade e custos financeiros¹. O comprometimento cognitivo, a incapacidade nas atividades de vida diárias, história de ITU e a incontinência urinária², e idade superior a 60 anos e tempo de permanência de algaliação contribuem para as ITU e devem ser considerados na sua prevenção^{3,4,5,6}.</p> <p>A prevenção da ITU, é pertinente, pelo impacto negativo na saúde da pessoa idosa (PI) e sistema de saúde². Os enfermeiros devem contribuir para a prevenção de complicações para a saúde dos clientes⁷. Neste processo é fundamental o estabelecimento de uma relação de parceria, conhecendo e capacitando a PI para o cuidado de Si⁸.</p> OBJETIVO: <p>Capacitar a PI e Cuidador Familiar (CF) na prevenção da ITU em contexto domiciliário intervindo</p>

	<p>em parceria com as mesmas.</p> <p>METODOLOGIA:</p> <p>Estudo de caso, realizado no contexto de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados. O processo de cuidados teve como referencial o Modelo de Parceria⁸ e avaliação multidimensional da PI (AMDPI)⁹.</p> <p>Recolha da informação: observação, entrevista semi-dirigida suportada num instrumento de recolha elaborado com base na AMDPI, visando a prevenção da ITU. Foi pedido consentimento informado.</p> <p>RESULTADOS:</p> <p>Realizada a AMDPI e intervindo em parceria com a PI e CF foram identificados os diagnósticos de que se salienta: risco de retenção urinária e de ITU por presença de algália; conhecimento sobre sinais de infeção não demonstrado. Foi construída uma ação conjunta para capacitar a PI e CF para os cuidados uretrais/perineais; vigilância da eliminação urinária e sinais de ITU; medidas de prevenção de contaminação; autocontrolo da infeção; ingestão hídrica; avaliação da temperatura em SOS. Foi removido o cateter quando se verificou que a PI, já não reunia critérios para se manter algaliado não se tendo verificado sinais de ITU.</p> <p>CONCLUSÃO:</p> <p>A presença de cateteres vesicais, representa um risco de ITU para a PI^{4,5,6,10,11}. Com o intuito de promover a prevenção da infeção na PI é importante que os cuidados de enfermagem se baseiem num quadro de atuação centrado na PI e CF. O enfermeiro especialista deve efetuar a AMDPI por forma a identificar problemas e estabelecer um plano personalizado. Pela aplicação do Modelo de Parceria foi possível intervir na comunidade junto da PI e CF, negociando estratégias para a diminuição do risco de ITU, promovendo a sua capacitação e qualidade de vida. Recomenda-se a realização de estudos de investigação para monitorização da ITU na Comunidade.</p>
<p>Fontes:</p> <p>Referências Bibliográficas</p>	<p>BIBLIOGRAFIA:</p> <p>1.Prakash, D. & Saxena, R. S. (2013). Distribution and Antimicrobial Susceptibility Pattern of Bacterial Pathogens Causing Urinary Tract Infection in Urban Community of Meerut City, India.</p>

	<p>ISRN Microbiology, 2013, 1-13. Acedido em 18-12-2014. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3830820/pdf/ISRN.MICROBIOLOGY2013-749629.pdf.</p> <p>2. Caljouw, M.A.A., Elzen, W.P.J.E., Cools, H.J.M. & Gussekloo, J. (2011). Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. a population-based prospective follow-up study. BioMed Central, 9, 1-8. Acedido em 05-04-2014. Disponível em http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-9-57.pdf.</p> <p>3. Foxman, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. Infectious Disease Clinics of North America, 28, 1-13.</p> <p>4. HICPAC (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf.</p> <p>5. Ministério da Saúde (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.</p> <p>6. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (APIC) (2014). Guide to Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections. USA: APIC. Acedido em 20-07-2014. Disponível em http://apic.org/Resource/_EliminationGuideForm/0ff6ae59-0a3a-4640-97b5-eee38b8bed5b/File/CAUTI_06.pdf</p> <p>7. O. E. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem –Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Divulgar.</p> <p>8. Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência.</p> <p>9. GIERM (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 01/06/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.</p> <p>10. Apostolopoulou, E., Raftopoulos, V., Filintisis, G., Kithreotis, P., Stefanidis, E., Galanis, P. ... Veldekis, D. (2013). Surveillance of device-associated infection rates and mortality in 3 greek intensive care units. American Journal of Critical Care, 22(3), 12-20.</p> <p>11. Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, 27-39.</p>
--	---

Processo de Seleção *:

Selecionado

☐

Não Selecionado

☐

* A Preencher pelos Serviços.

A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA PESSOA IDOSA NA COMUNIDADE:

O MODELO DE PARCERIA COMO SUPORTE DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM



Vera Oliveira¹, Idalina Gomes².

1. Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

2. Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

INTRODUÇÃO/PROBLEMÁTICA

A Infecção do Trato Urinário (ITU) é a infecção mais comum na comunidade encontrando-se associada a elevadas taxas de morbilidade e custos financeiros¹. O comprometimento cognitivo, a incapacidade nas atividades de vida diárias, história de ITU e a incontinência urinária², e idade superior a 60 anos e tempo de permanência de algália^{3,4,5,6}.

A prevenção da ITU, é pertinente, pelo impacto negativo na saúde da pessoa idosa (PI) e sistema de saúde². Os enfermeiros devem contribuir para a prevenção de complicações para a saúde dos clientes⁷. Neste processo é fundamental o estabelecimento de uma lação de parceria, conhecendo e capacitando a PI para o cuidado de SI⁸.

OBJETIVO

Capacitar a PI e Cuidador Familiar (CF) na prevenção da ITU em contexto domiciliário intervindo em parceria com as mesmas.

METODOLOGIA

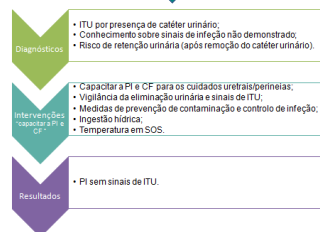
Estudo de caso, realizado no contexto de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados. O processo de cuidados teve como referencial o Modelo de Parceria⁸ e avaliação multidimensional da PI (AMDPI)⁹.

Recolha da informação: observação, entrevista semi-dirigida suportada num instrumento de recolha elaborado com base na AMDPI, visando a prevenção da ITU. Foi pedido consentimento informado.

RESULTADOS

Realizada a AMDPI e intervindo em parceria com a PI e CF foram identificados os diagnósticos de que se salienta: risco de retenção urinária e de ITU por presença de algália; conhecimento sobre sinais de infeção não demonstrado. Foi construída uma ação conjunta para capacitar a PI e CF para os cuidados uretrais/perineais; vigilância da eliminação urinária e sinais de ITU; medidas de prevenção de contaminação; autocontrolo da infeção; ingestão hídrica; avaliação da temperatura em SOS. Foi removido o cateter quando se verificou que a PI já não reunia critérios para se manter algaliado não se tendo verificado sinais de ITU.

Modelo de Parceria (Gomes, 2013)



CONCLUSÃO

A presença de cateteres vesicais, representa um risco de ITU para a PI^{4,5,6,10,11}. Com o intuito de promover a prevenção da infeção na PI é importante que os cuidados de enfermagem se baseiem num quadro de atuação centrado na PI e CF. O enfermeiro especialista deve efetuar a AMDPI por forma a identificar problemas e estabelecer um plano personalizado. Pela aplicação do Modelo de Parceria foi possível intervir na comunidade junto da PI e CF, negociando estratégias para a diminuição do risco de ITU, promovendo a sua capacitação e qualidade de vida. Recomenda-se a realização de estudos de investigação para monitorização da ITU na Comunidade.

BIBLIOGRAFIA

1. Prakash, D. & Saxena, R. S. (2013). Distribution and Antimicrobial Susceptibility Pattern of Bacterial Pathogens Causing Urinary Tract Infection in Urban Community of Meerut City, India. ISRN Microbiology, 2013, 1-13. Acedido em 18-12-2014. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3830820/pdf/ISRN_MICROBIOLOGY2013-749629.pdf.
2. Caljouw, M.A.A., Elzen, W.P.J.E., Coles, H.J.M. & Gusssekloo, J. (2011). Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. a population-based prospective follow-up study. BioMed Central, 9, 1-8. Acedido em 05-04-2014. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-9-57.pdf>.
3. Foxman, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. Infectious Disease Clinics of North America, 28, 1-13.
4. CDC (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.
5. DGS(2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algália de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.
6. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (APIC) (2014). Guide to Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections. USA: APIC. Acedido em 20-07-2014. Disponível em http://apic.org/Resource/EliminatorGuideForm085ae59-da3a-4640-9705-ee38b8bed5b0FileCAUTI_06.pdf.
7. O. E. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Divulgar.
8. Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática (pp.77-110). Loures: Lusociência.
9. GIERM (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 01/06/2014. Disponível em http://www.apm.pt/docs_nucleos/GIERM_36.pdf.
10. Apostolopoulou, E., Raptopoulou, V., Fanirois, C., Kifreotis, P., Stefanidis, E., Galanis, P., Veldakis, D. (2013). Surveillance of device-associated infection rates and mortality in 3 greek intensive care units. American Journal of Critical Care, 22(3), 12-20.
11. Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, 27-39.

APÊNDICE X:

Reflexão sobre os conhecimentos e competências adquiridas nos
congressos/eventos científicos



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa

5º Curso De Mestrado Em Enfermagem de Especialização em Enfermagem

Médico-cirúrgica

Enfermagem à Pessoa Idosa

3.º Semestre

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

***Reflexão sobre as aprendizagens e competências adquiridas
nos eventos científicos/congressos***

Discente:

Vera Oliveira n.º5389

Docente:

Professora Idalina Gomes

Setúbal

REFLEXÃO SOBRE OS EVENTOS CIENTÍFICOS/CONGRESSOS

No âmbito do 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, no contexto de estágio para aquisição e desenvolvimento de competências como enfermeira especialista nessa área e de 2.º ciclo, foram aprofundados conhecimentos na área do cuidado à pessoa idosa e prevenção e controlo de infeção, pela participação nos seguintes eventos de divulgação científica:

I. CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE INFEÇÃO HOSPITALAR (APIH), EM COIMBRA

No final de Setembro de 2014 participei no Congresso da Associação Portuguesa de Infeção Hospitalar (APIH), em Coimbra, com o tema: “Prevenir e Combater as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde”. Da comissão de honra faziam parte o Ministro da Saúde, o Diretor Geral da Saúde, os bastonários da ordem dos médicos, farmacêuticos e enfermeiros, entre outros. Neste congresso, com a duração de dois dias, contou com mesas que abordaram temas como “A importância das Instalações e Equipamentos na prevenção e controlo das IACS”, “Políticas de Saúde na prevenção e controlo das IACS”, “O controlo das IACS não está só nas suas mãos!” (Simpósio Satélite Biodecon), “IACS – da residência à alta hospitalar”, “Economia da Saúde e custos associados às IACS”, “As vacinas na prevenção das IACS”, “Luta quotidiana nas Infeções Nosocomiais”, “IACS – experiências internacionais”, “Manutenção e permeabilidade do cateter (Workshop dos Laboratórios Farmacêuticos Rovi), “Contribuição de um novo modelo de gestão de resíduos hospitalares e farmacêuticos na minimização das Infeções Hospitalares”, e ainda “A Área Hoteleira na prevenção das IACS”.

Das várias mesas e assuntos discutidos é possível salientar a importância de alguns aspetos. Foi referida, por exemplo a importância do recurso sensato aos antibióticos e a necessidade de monitorizar as infeções e de existir uma maior responsabilização por estas. O tema das infeções hospitalares é um tema pertinente, atual e com impacto a nível internacional e nacional. Na Europa estima-se que entre 6 a 7% das infeções ocorram a nível hospitalar, e em Portugal 10,8%. A preocupação com as IACS não é recente e

não constitui um problema apenas para Portugal, porém o nosso país apresenta um quadro mais preocupante.

A Dra. Elaine Pina reforçou este assunto com a importância de existência de Normas de Orientação Clínica (NOC) sobre esta matéria. Salientou, por exemplo, que a infeção como consequência da prestação de cuidados é vista erroneamente como uma complicação e não como uma situação evitável.

Para dar resposta a esta conjuntura, o Ministério da Saúde criou o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), e constituiu-o como programa prioritário, organizando os Grupos de Coordenação Regional constituídos por uma equipa multidisciplinar, que devem assegurar o cumprimento das normas de segurança, e os Grupos de Coordenação Local (GCL-PPCIRA) com o intuito de supervisionar práticas locais de prevenção e de controlo da infeção e de uso de antimicrobianos. A Campanha nacional de higienização das mãos foi também focada, falando-se do resultado das auditorias, cujos resultados, apesar de serem positivos, não são brilhantes, verificando-se que praticamente não existe evolução. Esta campanha é um *bundle* hospitalar do PPCIRA. O uso adequado de luvas e a higiene de superfícies frequentemente manuseadas e ainda a profilaxia antibiótica cirúrgica são também *bundles* a este nível. Na comunidade a avaliação e monitorização das infeções urinárias são os *bundles* a considerar na comunidade.

A questão da contaminação das superfícies foi também focada, referindo, numa das mesas a existência de evidência comprovada relativamente aos seguintes pontos:

- Os microrganismos sobrevivem e proliferam em materiais inertes onde são colocados;
- Os microrganismos crescem em meios de cultura quando retirados das superfícies;
- Os microrganismos podem permanecer em superfícies mais de 4 anos;
- A prevenção de microrganismos pode ser possível através da aquisição de mobiliário fácil de lavar e através de desinfeção efetuada por máquinas.

Foi falado do MRSA que em Portugal apresenta uma taxa de resistência de 26,6%, sendo o nosso país o que ocupa o lugar cimeiro nesta questão.

A questão da formação relativamente às precauções básicas foi reforçada, assim como a utilização racional de antibióticos e uma vigilância apertada.

A economia da saúde e custos associados às IACS foi um assunto abordado, e aqui foi referido que cerca de 30% das IACS são evitáveis. Desta exposição revelaram como medidas fundamentais para reduzir o risco de infeção no IPO de Coimbra:

- Normas/protocolos (35%);
- Formação (21%);
- Comunicação (15%);
- Estrutura (15%);
- Prescrição antibiótica (15%).

“Não há doentes de risco, mas sim produtos e procedimentos de risco!” – esta foi uma das afirmações referidas neste congresso, para evidenciar a importância das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) no segundo dia do congresso. Uma vez mais se falou da questão da contaminação do ambiente em cuidados de saúde e da importância da higiene das mãos dos profissionais de saúde.

A importância da esterilização foi uma temática abordada, sendo partilhada a forma como os serviços de esterilização se podem organizar. Na sua estrutura funcional, estes serviços devem ser geridos por profissionais com formação e domínio das características e especificidades dos dispositivos médicos e equipamento existente na unidade de saúde. O enfermeiro dos Serviços de Esterilização Centralizada (SEC) deve possuir formação a três níveis: gestão e organização, formação técnica e supervisão de todos os passos de esterilização. Estes níveis de competência pressupõem a atualização de conhecimentos constante.

A equipa de saúde, por seu lado deve ser responsável pelo cumprimento das normas em vigor, sendo possuidora de características como: aptidão física, equilíbrio emocional, interesse pela aprendizagem, assiduidade, apresentação/higiene pessoal, organização no trabalho, destreza manual,

responsabilidade, concentração, capacidade de comunicação/inter-relação/espírito de equipa, honestidade e conhecimento de assepsia e higiene hospitalar. Foi relevada a importância das decisões, na medida em que esta exigem: conhecimento sustentado, segurança na decisão e bom senso, sendo fulcral o aprofundar de conhecimento constante.

No decurso deste dia, foram ouvidas ainda as realidades de países como Angola, Espanha e Inglaterra, relativamente às IACS.

II. 2.ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DO CHS, EPE”

Em Novembro de 2014 participei nas 2.ª Jornadas de Enfermagem do CHS, EPE. Estas jornadas, intituladas de “Um olhar reflexivo sobre o (in) visível: Intervenção partilhada de enfermagem”, tiveram a duração de dois dias e abordaram várias temáticas do âmbito da enfermagem, apresentando as seguintes mesas:

1. Formação: um processo efetivo de desenvolvimento profissional;
2. Controlo de infeção: diferentes serviços, os mesmos desafios;
3. Afinal, o que é a Segurança do doente?
4. Pesar a catástrofe e a emergência interna;
5. Organização e funcionamento do serviço de saúde ocupacional nas instituições hospitalares/CHS;
6. A multidisciplinariedade e a continuidade de cuidados.

Nestas jornadas foi demonstrada a realidade do CHS e de alguns hospitais em Portugal relativamente à formação, segurança do doente, controlo da infeção, catástrofe e emergência interna, funcionamento da saúde ocupacional e a questão da gestão de altas e da Equipa de Gestão de Altas do CHS.

Uma das exposições que considerei pertinente, para além das exposições sobre a prevenção e controlo da infeção, foi a mesa sobre a “Multidisciplinariedade e a continuidade de cuidados”. Nesta mesa foi abordada a questão do “Enfermeiro e o planeamento da alta”, “A Gestão de Altas” e um caso particular dentro do CHS, “A experiência do Serviço de Especialidades Médicas do CHS”.

Das exposições realizadas ficou patente a necessidade de a nossa ação, enquanto enfermeiros se reger por três princípios orientadores nesta

matéria: a liberdade, a igualdade e a fraternidade (solidariedade). Consideram ainda pertinentes algumas evidências científicas neste âmbito: o envelhecimento da população/alterações demográficas; internamentos hospitalares cada vez mais curtos e a responsabilização da família, constituindo o regresso a casa uma grande preocupação por parte dos cuidados de saúde e por parte da família da pessoa doente. Foi partilhada a dificuldade, por parte dos enfermeiros em assumir um papel significativo na construção e desenvolvimento da saúde nas pessoas, ressaltando que nem sempre o planeamento da alta se inicia com a admissão do doente na instituição de saúde. Dada a situação social atual, foi considerado durante uma das exposições que o planeamento adequado de altas reduz a ansiedade do prestador de cuidados informal e do doente e melhora a qualidade de vida da pessoa dependente, diminuindo ainda os custos, o tempo de internamento e o número de reinternamentos. O planeamento da alta constitui-se assim como uma ferramenta geradora de sustentabilidade social e de desenvolvimento. A EGA constitui-se assim como um elo fundamental neste processo preparando e gerindo a alta dos doentes em articulação com os serviços. A EGA do CHS é uma equipa multidisciplinar constituída por médico, enfermeiro, técnico superior de serviço social e administrativo que garante a continuidade assistencial e que no seu perfil de competências detém: conhecimento transversal da instituição, dinamismo, empatia, capacidade de trabalho com equipas multidisciplinares, capacidade de negociação e mediação e elevados níveis de tolerância à frustração, assim como a capacidade de articulação entre os diferentes níveis de intervenção.

Neste evento científico, que se revelou rico em conhecimentos, para além de participar nas palestras, participei com a divulgação do meu projeto na área da ITU com a comunicação livre: “A prevenção da infeção do trato urinário (ITU) na pessoa idosa hospitalizada: a intervenção de enfermagem”.

III. IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE GERONTOLOGIA E GERIATRIA, NA FIL (LISBOA)

Com o tema do “Envelhecimento ativo, saudável e positivo”, decorreu na FIL em Dezembro de 2014 o IV Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria. Este congresso pretendia promover o debate científico e técnico

relativamente ao envelhecimento ativo, numa vertente positiva e saudável. Direcionado para população idosa e familiares e ainda profissionais de saúde e outros técnicos que convivem com a população idosa, e partindo da partilha de um leque variado de profissionais, este congresso pretendia desta forma a promoção de uma melhor qualidade de vida e bem-estar desta população portuguesas, sensibilizando a pessoa idosa e a sociedade em geral para as estratégias de longevidade disponíveis, procurando ainda informar os interessados sobre os recursos (bens e serviços) disponíveis no mercado.

Neste evento, participei com a apresentação de um póster com a temática: “Implicações da Institucionalização da Pessoa idosa – Avaliar para Prevenir” em conjunto com duas colegas da especialidade.

IV. CURSO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO, PROMOVIDO PELO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EM DEZEMBRO DE 2014.

Este curso, promovido pelo CHS, EPE, foi efetuado a convite do GCL-PPCIRA e contou com uma carga horária de 14 horas distribuídas em dois dias. Levado a cabo pelo Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas (GPTF) com o intuito de influenciar positivamente a implementação de boas práticas na área da Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão (UP) como forma de dar resposta à urgência em combater este evento adverso e assim assegurar a segurança do doente. Esta sessão de formação teve como objetivos: conhecer a epidemiologia das UP e respetivo impacto na qualidade e segurança nos cuidados de saúde; atualizar conhecimentos sobre a etiologia das UP e os fatores que conduzem ao seu aparecimento; conhecer o sistema de classificação das UP e parâmetros de avaliação do processo de cicatrização; aprender a identificar ferida crónica e ferida aguda, percebendo as estratégias a implementar com vista à cicatrização; e aprender a prevenir e a tratar as UP.

V. 3.º ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

Decorrido em Janeiro de 2015 em Santarém, este evento debateu temas como a segurança do doente e qualidade dos cuidados; sistemas de informação e continuidade dos cuidados; relação, comunicação e informação;

gestão dos cuidados; formação para melhores práticas; a prática especializada à pessoa em situação crítica e a prática especializada à pessoa com doença crónica e paliativa.

Foi tema inicial de reflexão deste encontro as dotações dos enfermeiros especialistas para uma prestação de cuidados com mais qualidade. Discutiu-se a necessidade de formação dos enfermeiros, que apesar de investirem, ainda é abaixo do que é preconizado pela OCDE, e ainda muito longe daquilo que são as necessidades da população. Considerou-se ser importante a reorganização do sistema de saúde, no sentido de aproveitar as competências dos enfermeiros em detrimento de uma aposta constante na formação médica, desprezando as competências dos enfermeiros especialistas. A evidência também é clara neste sentido. Estudos revelam que ter um enfermeiro generalista ou um enfermeiro especialista na prestação de cuidados não é a mesma coisa em termos de ganhos de saúde, na medida em que existe um elevado nível de diferenciação de competências. Segundo alguns autores referidos nesta exposição a existência de enfermeiros especialistas contribui para a diminuição do tempo de internamento e diminuição das taxas de infeção, estando ainda as qualidades destes associados a menores índices de mortalidade. Concluiu-se que, como tal, o cumprimento de dotações seguras não se prendem necessariamente com o aumento de despesas, mas antes é considerado como um investimento com retorno garantido, sendo como tal importante investir na formação em enfermagem.

Neste encontro, para divulgação da temática participei ainda com um poster com a temática: “A prevenção da Infeção do Trato Urinário na Pessoa idosa na Comunidade: o Modelo de Parceria como Suporte de Intervenção de Enfermagem”.

Ao refletir sobre todos estes eventos considero que constituíram fontes de aprendizagem de novo conhecimento, atualização e comprovação do conhecimento já existente, e oportunidades de partilha de experiências. Foram aprofundados conhecimentos relativamente às IACS, à pessoa idosa e à Enfermagem enquanto ciência e profissão, refletindo sobre a realidade dos cuidados e os seus ganhos em saúde. Constituíram assim momentos de

crescimento e de desenvolvimento de competências. Foi importante perceber outras realidades, adquirir conhecimento e contribuir para a divulgação e aplicação posterior desse mesmo conhecimento no contexto das práticas. Considero que é importante investir nas formações que existem ao nosso alcance, não só enquanto aluna da especialidade, mas também como futura especialista, mantendo assim uma prática atualizada e baseada em conhecimentos seguros e firmes, passível de ser partilhando posteriormente esse mesmo conhecimento.

Foram assim desenvolvidas competências relacionadas com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, procurando através do conhecimento adquirido, aplicar uma práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, procurando ser facilitadora nos processos de aprendizagem e agente ativa no campo da investigação. Foram rentabilizadas as oportunidades de aprendizagem para futura aplicação na prestação de cuidados e ainda divulgado conhecimento adquirido por forma a ser facilitadora de outras aprendizagens atuando como agente dinamizador e gestor de novo conhecimento, interpretando, organizando e divulgando dados provenientes da evidência, contribuindo assim para o desenvolvimento da enfermagem e das minhas competências como futura enfermeira especialista (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653. Acedido em 17-04-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

APÊNDICE XI:

Reflexão sobre o estágio desenvolvido no GCL-PPCIRA do Hospital de
Referência



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa
5º Curso De Mestrado Em Enfermagem de Especialização em Enfermagem
Médico-cirúrgica
Enfermagem à Pessoa Idosa
3.º Semestre

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

***Reflexão sobre as aprendizagens e competências adquiridas
no estágio desenvolvido no GCL-PPCIRA do Hospital de
Referência***

Discente:

Vera Oliveira n.º5389

Docente:

Professora Idalina Gomes

Setúbal

**REFLEXÃO SOBRE AS APRENDIZAGENS E COMPETÊNCIAS
ADQUIRIDAS NO ESTÁGIO DESENVOLVIDO NO GCL – PPCIRA DO
HOSPITAL DE REFERÊNCIA**

No âmbito do 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica – Vertente Pessoa idosa, foi realizado um estágio de 2 semanas no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL – PPCIRA) do Hospital de Referência na área da prevenção da Infecção do Trato Urinário (ITU) na pessoa idosa. Durante este período de tempo foi possível acompanhar a Enfermeira Rosário, enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas atividades diárias específicas deste grupo de trabalho. Este estágio de observação surgiu da necessidade e vontade de adquirir conhecimentos e competências na área da prevenção e controlo de infeção, pretendendo dar resposta aos objetivos construídos com o projeto de intervenção.

Neste hospital encontra-se já implementado um projeto de prevenção e de controlo de infeção, nomeadamente a nível da ITU, projeto este dirigido pela Enfermeira Rosário.

O núcleo executivo deste GCL – PPCIRA, é constituído por um médico, o Dr. Paulo André Fernandes, e duas enfermeiras, a Enfermeira Rosário Rodrigues e a Enfermeira Tatiana Silva, com quem contactei durante o período de estágio. Este GCL – PPCIRA tem funções de formação/informação, assessoria, vigilância epidemiológica, auditorias e acolhimento de novos profissionais e alunos.

Foram mantidas conversas informais com a enfermeira Rosário e a Enfermeira Tatiana a propósito da problemática das ICAS, reportando-nos por diversas vezes para a problemática da Infecção do Trato Urinário (ITU), reforçando conhecimentos e conselhos das visitas a campo na altura da construção do projeto. Conversamos sobre a importância do envolvimento da enfermeira diretora e da equipa do GCL – PPCIRA do local da implementação do projeto, para a sua concretização seja uma evidência. Falamos ainda dos três passos pertinentes relativamente à prevenção da ITU em doentes

algaliados: algaliação, manutenção do sistema de drenagem urinária (e aqui encontra-se inerente o momento do despejo do saco de drenagem urinária) e remoção.

Discutimos ainda a importância e necessidade da realização de ações de formação sobre: lavagem das mãos, despejo do saco de drenagem dos cateteres vesicais (às assistentes operacionais) e mudança de saco de drenagem, e quais as estratégias adequadas. Relativamente ao procedimento de algaliação, foram tocados alguns pontos a serem reforçados, e que são preconizados pela DGS (2004) e HICPAC (2009):

- ✓ Utilizar, na algaliação, um lubrificante estéril que funcione como anestésico e lubrificante;

- ✓ A fixação do cateter vesical é muito importante, com recurso a fio de nastro e adesivo (forma tradicional de fixação) ou apenas com adesivo, tendo o cuidado de usar o adesivo com bom senso na Pessoa idosa, uma vez que possui tecidos friáveis;

- ✓ O saco de drenagem urinária nunca deve acumular urina acima do nível médio do saco, devendo ser despejado antes de o doente se dirigir, por exemplo, á casa de banho para proceder à sua higiene diária.

- ✓ Ainda não existe evidência científica sobre o recurso de Betadine[®], ou não.

- ✓ No procedimento deverá ficar saliente a importância dos registos de enfermagem em particular: quando mudar o saco de drenagem urinária e como deve ser efetuado o despejo do saco de drenagem urinária (neste caso ter o cuidado de efetuar a lavagem do jarro após a sua utilização num doente, ou a utilização e vários jarros acessíveis, disponibilizando, por exemplo um carrinho com jarros para facilitar os despejos). O procedimento deve possuir indicadores de qualidade e deve ser dividido em três partes: procedimento de algaliação; despejo do saco e remoção da algália. Deve ainda conter uma fundamentação à parte.

- ✓ Relativamente às auditorias deve existir uma *checklist* para efetuar auditorias de 6 em 6 meses, sendo importante recorrer à norma ISO de 2011, para aprofundar conhecimentos nesta área. Nas auditorias é importante detetar as falhas nos registos de enfermagem.

✓ É ainda importante efetuar um pequeno estudo de prevalência, em SO sobre os clientes algaliados na urgência.

✓ As ações de formação são importantes no entanto a realização de ensinios individualizados aos colegas é uma estratégia mais eficaz.

Para além das conversas informais, durante este estágio foi possível participar em formações de integração de novos profissionais de saúde na instituição, relativas a precauções básicas de controlo de infeção, esmiuçando algumas estratégias de formação e de adaptação aos vários contextos. Foi ainda possível conhecer o sistema informático de apoio à vigilância de infeções/agentes patogénicos da instituição, e procedimentos a serem acionados em algumas situações concretas. Foram também efetuadas visitas a alguns serviços do hospital tendo a oportunidade de verificar as medidas de isolamento instituídas em alguns doentes internados.

A altura em que decorreu este estágio foi uma altura conturbada para a equipa do GCL – PPCIRA, na medida em que nessa altura havia a ameaça da pandemia por vírus Ébola. Dado o contexto, foi possível acompanhar os elementos de referência do GCL – PPCIRA em reuniões e formações multidisciplinares relativas à temática das IACS a nível hospitalar, em vários serviços, e também em reuniões com o gabinete de crise para discussão de planos de contingência. Foi também possível o aprofundamento de conhecimentos relativos a materiais de uso hospitalar para o controlo de infeção e para constituir o Equipamento de Proteção Individual (EPI) para casos de suspeita de contaminação por vírus Ébola. Participei ainda em auditorias, seguindo com atenção a forma como devem ser realizadas e que informação retirar das observações.

Nightingale (2005) refere que a enfermagem é um auxiliar no processo reparador que tem por objetivo proporcionar à pessoa as melhores condições ambientais para que a cura seja possível, reforçando ainda que a “verdadeira enfermagem ignora a infeção, excepto para a prevenir. (...) A assistência criteriosa e humana, ao doente, é a melhor salvaguarda contra a infecção.” (p.53). A ação de enfermagem deve incidir sobre a prevenção, procurando controlar o ambiente, procurando todos os recursos disponíveis para esse efeito, contribuindo para a melhoria dos cuidados e diminuindo o risco de infeção da população que serve.

A Ordem dos Enfermeiros (2012) defende a qualidade dos cuidados de enfermagem baseada em quatro enunciados, metaparadigmas da profissão de enfermagem: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem. Neste contexto de aprendizagem, o enfoque dado foi ao ambiente. O ambiente é visto como o local onde se encontra a pessoa e onde esta se desenvolve, constituído por diversos elementos: económicos, culturais, físicos e também políticos e organizacionais, podendo influenciar os processos de saúde/doença e o percurso de vida da pessoa (OE, 2012). É importante que o enfermeiros, em particular o enfermeiro especialista dê especial enfoque no meio ambiente onde se insere o indivíduo, em particular quando este muda de ambiente e fica ao seu cuidado numa instituição de saúde (OE, 2012). Visando a qualidade dos cuidados, máxima que qualquer profissional de enfermagem deve cumprir, compete a este a prevenção de complicações, na medida em que “ Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (OE, 2012, p.15). Controlar e prevenir a infeção é, neste sentido, uma ação de enfermagem. Compete por isso ao enfermeiro controlar o ambiente e prevenir a infeção utilizando todos os recursos que tem ao seu dispor, utilizando os materiais e cumprindo normas que visem a segurança do cliente. Para além disso, o enfermeiro deve procurar formação nesta área, atualizando sistematicamente os seus conhecimentos, em particular se pretende implementar um projeto que promova a qualidade dos cuidados.

Um estágio neste âmbito é por conseguinte fundamental, para o aprofundamento de conhecimentos, estratégias e recursos nesta área.

Madeira & Lopes (2007) referem que a formação do individuo se processa de forma contínua e natural, incorrendo de processos formais e informais, de acordo com as suas características individuais, do seu meio sociocultural, do seu percurso académico. Pela reflexão destes momentos de aprendizagem é possível o crescimento e desenvolvimento de competências e a adaptação à sua realidade (Madeira & Lopes, 2007). Pelas conversas informais, de formação, reuniões a que assisti e até mesmo por toda a dinâmica que envolveu o GCL – PPCIRA na questão da pandemia por vírus Ébola, foi possível aprender e desenvolver competências para aplicação posterior no contexto de implementação do projeto, direcionando os

conhecimentos adquiridos o cuidado da pessoa idosa na prevenção da ITU. Abreu (2003) defende que de fato, o contexto de prática de cuidados, neste caso o GCL – PPCIRA, é um local inigualável de mutações de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais, que permite a articulação com a capacidade de reflexão sobre os processos que lhe estão inerentes.

Considero que este estágio constituiu um processo construtivo muito positivo para a minha prática de cuidados e percurso como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa com particular ênfase na prevenção da ITU.

Em suma, com a realização desta experiência de campo, num GCL-PPCIRA e orientada por uma perita na área, desenvolvi competências nos seguintes domínios, de acordo com o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011:

- ✓ Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: pela promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; recolha de contributos e análise dos fundamentos das decisões a que assisti; e pelo reconhecimento da necessidade de prevenir e identificar práticas de risco.

- ✓ Domínio da melhoria contínua da qualidade: pelo desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.

- ✓ Domínio da gestão dos cuidados: pelo acompanhamento e observação de situações relacionadas com a prevenção e controlo da infeção em que foram otimizadas as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, por forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados, observando a disponibilização da assessoria à equipa multidisciplinar e técnicas de negociação, instrução e demonstração prática de atividades pertinentes para a segurança do doente e profissionais de saúde.

- ✓ Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: pela discussão e observação do levantamento de diagnósticos de necessidades formativas; e rentabilização das oportunidades de aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W.C. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Cadernos Sinais Vitais n.º1. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Madeira & Lopes (2007). Necessidades de formação de enfermagem ao nível das competências relacionais e de continuidade de cuidados. In Rodrigues, A., Nascimento, C., Antunes, L., Mestrinho, M.G., Serra, M., Madeira, ..., Lopes, V. *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. (pp. 47-76). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados Descritivos. Acedido em: 2014/02/13. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653. Acedido em 17-04-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

APÊNDICE XII:

Documento relativo às auditorias efetuadas no SU



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa

5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica -

Vertente Pessoa Idosa

3.º Semestre

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

AUDITORIAS AO

***“PROCEDIMENTO DE ALGALIAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO PRECOCE DO CATETER
URINÁRIO” E HIDRATAÇÃO NA PESSOA IDOSA***

Autores:

Vera Oliveira n.º5389;

Sob orientação de:

Professora Doutora Idalina Gomes

Setúbal

INTRODUÇÃO:

Este documento, realizado no âmbito do estágio do 5º curso de pós-licenciatura e mestrado em enfermagem médico-cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa e do projeto ***Intervenções de enfermagem na prevenção da Infecções do Trato Urinário (ITU)***, tem como objetivos:

- (1) Apresentar as grelhas de auditoria efetuadas, com base no *“Procedimento de algaliação, manutenção e remoção precoce do cateter urinário”*;
- (2) Efetuar a análise e reflexão das observações relativamente ao *“Procedimento de algaliação, manutenção e remoção precoce do cateter urinário”* e à hidratação da Pessoa Idosa, no SO;

A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde exige uma padronização de procedimentos de forma a minimizar e eliminar o risco da sua ocorrência (ICNA, 2005). As normas tidas como universais para todos os estabelecimentos de saúde, terão que ser adaptadas a cada local de prestação de cuidados por forma a implementar uma cultura de segurança e dessa forma contribuir para que a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) seja uma realidade (IACS). Investir a este nível na saúde é também investir no bem-estar geral de toda a sociedade (*International Organization for Standardization*, 2013).

Tendo em linha de conta o exposto, estas auditorias pretendem espelhar os cuidados prestados com o intuito de intervir sobre eles, tendo por pilar o conhecimento científico na área da prevenção e controlo da infeção, com o intuito de incentivar as boas práticas de cuidados, com vista à promoção da melhoria de cuidados e a promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

1. AUDITORIAS DO CONTROLO DE INFEÇÃO

O recurso a auditorias no controlo de infeção é uma estratégia utilizada amplamente por especialistas nessa área, efetuadas por profissionais treinados na concretização destas (ICNA, 2005).

Promover uma auditoria significa levar a cabo um processo sistemático, independente e documentado para obter evidência de auditoria e avaliá-la objetivamente de forma a determinar a extensão do cumprimento dos critérios avaliados (www.iso.org).

Por forma a obter uma avaliação prática dentro de cada padrão a avaliar, é importante que as grelhas de auditoria se adequem aos padrões de qualidade relativos aos procedimentos e políticas instituídas em cada organização (ICNA, 2005). Desta forma é possível garantir o controlo e cumprimento dessas políticas e procedimentos, que devem ser abrangentes, atualizados e devem refletir boas práticas de cuidados (ICNA, 2005).

1.1. Planeamento das auditorias:

As auditorias são ferramentas que se destinam a integrar programas de auditoria e a produção de relatórios de auditoria por forma a analisar e avaliar a qualidade dos serviços prestados (ICNA, 2005). O planeamento deve envolver profissionais competentes na área a ser auditada para garantir o mínimo perda de informação, devendo ser possibilitado o acesso a toda a documentação necessária e o acesso aos cuidados prestados pela equipa em geral (ICNA, 2005).

Tendo como ponto de partida o *“Procedimento de algáliação, manutenção e remoção precoce do cateter urinário”* e os cuidados de hidratação com a Pessoa Idosa foram construídas grelhas, baseadas no documento do ICNA (2005) para auditar as práticas dos profissionais de saúde (enfermeiros e assistentes operacionais) no hospital onde decorreu a implementação do projeto, e que se encontram de seguida.

GRELHA DE AUDITORIA

AUDITORIA AO PROCEDIMENTO DE ALGALIAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO PRECOCE DO CATETER URINÁRIO

SERVIÇO: _____ DATA: __/__/__

GRUPO PROFISSIONAL: _____

AUDITOR: _____

CATEGORIA PROFISSIONAL: _____ N.º: _____

PADRÃO 1 - ALGALIAÇÃO

	SIM	NÃO	N/A	NOTAS
1.O utente foi identificado.				
2.Providenciado o material necessário e colocado junto do utente.				
3.Efetuada higiene das mãos com SABA e foram calçadas luvas limpas.				
4.Explicado o procedimento e sua finalidade ao utente				
5.O utente foi posicionado, expondo apenas a região genital, promovendo a sua privacidade.				
6.Colocado resguardo de proteção.				
7.Efetuada a lavagem da área genital com água e sabão e secada em seguida.				
8.Retirado o resguardo de proteção.				
9. Retiradas luvas e efetuada higienização das mãos com SABA.				
10.Aberto o kit de algaliação em local apropriado e com respeito das normas de assepsia.				
11. Efetuada higiene das mãos com SABA e foram calçadas luvas esterilizadas, com técnica adequada.				
12.Removido o invólucro (esterilizado) do cateter urinário e adaptado, de imediato ao saco de drenagem.				

13.Colocado campo esterilizado				
14.Efetuada limpeza do meato urinário com soro fisiológico e compressas esterilizadas				
15.Lubrificado o meato urinário com recurso lubrificante anestésico em dose individual.				
16.Inserido cateter urinário, de forma suave e com movimentos rotativos, de forma segura até surgir urina				
17.Introduzido um pouco mais o cateter urinário e instilada a quantidade de água bidestilada estéril indicada pelo fabricante para insuflar o balão.				
18.Executado ligeiro movimento de tração.				
19.Removido campo esterilizado.				
20.Removidas luvas, efetuada a higiene das mãos com SABA e calçadas luvas limpas.				
21.Fixado o cateter urinário: No Homem: na parte superior da coxa ou na região infra-abdominal; Na Mulher: na face interna da coxa.				
22.Foi colocado o saco de drenagem num nível inferior ao da bexiga, em suporte próprio e sem tocar no chão.				
23.Reunido e acondicionado o material utilizado de forma adequada				
24.Removidas luvas e foi efetuada higienização das mãos com SABA.				
25.O utente foi posicionado ou auxiliado a posicionar-se.				
26.Efetuada higienização das mãos com SABA.				
27.Efetuados registos em notas de enfermagem.				

LEGENDA:

S: sim

N: não

N/A: não aplicável

INDICADOR:

PONTUAÇÃO:

DATA DA PRÓXIMA AUDITORIA:

GRELHA DE AUDITORIA

AUDITORIA AO PROCEDIMENTO DE ALGALIAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO PRECOCE DO CATETER URINÁRIO

SERVIÇO: _____ DATA: __/__/__

GRUPO PROFISSIONAL: _____

AUDITOR: _____

CATEGORIA PROFISSIONAL: _____ N.º: _____

PADRÃO 2 – MANUTENÇÃO DO CATETER URINÁRIO

	S	N	N/A	NOTAS
1. Providenciado material necessário e colocado junto do utente.				
2. Efetuada a higiene das mãos com SABA e calçadas luvas limpas.				
3. O procedimento e sua finalidade foram explicados ao utente.				
4. O utente foi posicionado expondo a região genital: No Homem: decúbito dorsal com membros inferiores em abdução; Na Mulher: decúbito dorsal com membros inferiores fletidos e em abdução.				
5. Efetuada a higiene do meato urinário diariamente com água e sabão, seguida de soro fisiológico.				
6. Retiradas luvas e efetuada higienização das mãos com SABA, e calçado novo par de luvas.				
7. Trocado o adesivo de fixação do cateter urinário, alternando o local.				
8. Retiradas luvas, efetuada higienização das mãos com SABA e calçado novo par de luvas.				
9. O saco encontra-se fixado, num nível inferior ao da bexiga, em suporte que evite o contacto com o chão, sem angulação do cateter e/ou do tubo de drenagem.				
10. É verificada a eficácia da drenagem urinária.				

11. O saco de drenagem é esvaziado quando se encontra a meio da sua capacidade e/ou antes do utente entrar no duche/banho.				
12. O nível de urina no saco com regularidade é controlado regularmente.				
13. Foi registado o débito urinário e característica da urina.				

LEGENDA:

S: sim

N: não

N/A: não aplicável

INDICADOR:

PONTUAÇÃO:

DATA DA PRÓXIMA AUDITORIA:

GRELHA DE AUDITORIA

AUDITORIA AO PROCEDIMENTO DE ALGALIAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO PRECOCE DO CATETER URINÁRIO

SERVIÇO: _____ DATA: __/__/__

GRUPO PROFISSIONAL: _____

AUDITOR: _____

CATEGORIA PROFISSIONAL: _____ N.º: _____

PADRÃO 3 - DESPEJO DO SACO DE DRENAGEM (MANUTENÇÃO DO CATETER URINÁRIO)

	S	N	N/A	NOTAS
1. Foi efetuada a lavagem higiénica das mãos, com SABA e foram calçadas luvas.				
2. Colocada máscara e avental.				
3. Foram usadas luvas limpas e trocadas antes do contacto com outro utente.				
4. A urina foi despejada para um recipiente (jarro) limpo e individualizado.				
5. Durante o despejo foram evitados salpicos e o contacto entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente de despejo de urina.				
6. A torneira foi limpa com celulose/compressa limpa após o despejo para o recipiente.				
7. Foi verificado se a torneira ficou fechada de forma conveniente.				
8. Foram retiradas as luvas e as mãos foram higienizadas com SABA no final do despejo dos sacos de drenagem.				
6. O saco foi substituído quando justificado e com recurso a técnica assética desinfetando a junção cateter urinário/saco com álcool a 70% antes da desconexão..				
7. Foi registado em notas de enfermagem: a. Débito urinário; b. Características da urina; c. Substituições do saco de drenagem e motivo.				

LEGENDA:

S: sim

N: não

N/A: não aplicável

INDICADOR:

PONTUAÇÃO:

DATA DA PRÓXIMA AUDITORIA:

GRELHA DE AUDITORIA

AUDITORIA AO PROCEDIMENTO DE ALGALIAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO PRECOCE DO CATETER URINÁRIO

SERVIÇO: _____ DATA: __/__/__

GRUPO PROFISSIONAL: _____

AUDITOR: _____

CATEGORIA PROFISSIONAL: _____ N.º: _____

PADRÃO 4 – REMOÇÃO DO CATETER URINÁRIO

	S	N	N/A	NOTAS
1. O material necessário foi providenciado e levado para junto do doente.				
2. Foi efetuada a lavagem higiénica das mãos, com SABA e foram calçadas luvas.				
3. O procedimento foi explicado ao Explicar ao utente.				
4. Antes de remover a algália o meato urinário e a região peri-uretral foi limpa com soro fisiológico.				
5. A extremidade distal de acesso ao preenchimento do balão foi desinfetada com álcool a 70%.				
6. O balão do cateter vesical foi desinsuflado.				
7. O cateter urinário foi retirado suavemente, expondo unicamente, a região genital.				
8. A lavagem higiénica das mãos foi efetuada com SABA e foram calçadas luvas limpas.				
9. O meato urinário e a região peri-uretral foram limpas com soro fisiológico				
10. O material e equipamento utilizado foram recolhidos e acondicionados de forma adequada.				
11. As luvas foram removidas e foi realizada em seguida a lavagem higiénica das mãos, com SABA.				
12. Foi vigiada a eliminação vesical espontânea.				

13. Foi promovido o reforço da ingestão e/ou aporte hídrico.				
14. Foi registado em notas de enfermagem: a. Data e hora; b. motivo da remoção da algália; c. eliminação pós-desalgaliação (micção espontânea e características).				

LEGENDA:

S: sim

N: não

N/A: não aplicável

INDICADOR:

PONTUAÇÃO:

DATA DA PRÓXIMA AUDITORIA:

GRELHA DE AUDITORIA

AUDITORIA PARA PREVENÇÃO DA ITU PELA PROMOÇÃO DA HIDRATAÇÃO

SERVIÇO: _____ DATA: __/__/__

GRUPO PROFISSIONAL: _____

AUDITOR: _____

CATEGORIA PROFISSIONAL: _____ N.º: _____

PADRÃO 1 – HIDRATAÇÃO ORAL

	S	N	N/A	NOTAS
1. A pessoa idosa é incentivada a ingerir líquidos ao longo do turno.				
2. Foi providenciado água, sumos ou chás ou outras alternativas (gelatina), respeitando as preferências da pessoa idosa, ao longo do turno.				
3. Os líquidos encontram-se acessíveis, em taças/copos inquebráveis e fáceis de virar ou que permitam beber facilmente.				
4. O reforço hídrico é efetuado por via entérica.				
5. Foi efetuado registo do reforço hídrico, em notas de enfermagem.				

LEGENDA:

S: sim

N: não

N/A: não aplicável

INDICADOR:

PONTUAÇÃO:

DATA DA PRÓXIMA AUDITORIA:

1.2. Duração das auditorias

Numa mesma visita podem ser auditados vários procedimentos e profissionais. Relativamente ao tempo necessário para concluir a auditoria, este dependerá sempre das normas a serem auditadas (ICNA, 2005).

1.3. Pontuação e indicadores

Os critérios da grelha devem ser preenchidos na sua totalidade assinalando "Sim", "Não" ou "N/A" (não aplicável) (ICNA, 2005). Os comentários devem ser escritos nas grelhas de auditoria para cada um dos critérios no momento da auditoria, identificando claramente as questões de interesse e áreas de boas práticas (ICNA, 2005). Estes comentários podem, posteriormente, ser incorporados no relatório final, já que são importantes para uma comparação anual de conformidade com as políticas em vigor. Os comentários realizados podem indicar onde existem incongruências e porquê (ICNA, 2005).

Estas respostas de "Sim" e "Não" serão depois avaliadas tendo como recurso a seguinte fórmula:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de respostas "Sim"}}{n^{\circ} \text{ total de respostas "Sim" e "Não"}} \times 100\% = \text{Índice de Qualidade (IQ)}$$

Ou seja: adicionando o número total de respostas "Sim" e dividindo pelo número total de questões respondidas (incluindo todas as respostas "Sim" e "Não"), excluindo o "N/A" e multiplicando por 100 no final para obter a percentagem. (ICNA, 2005). Este resultado corresponde ao Índice de Qualidade (IQ) dos procedimentos auditados, correspondendo ao indicador do procedimento.

Pode ainda ser calculado outro indicador, o Índice Global de Qualidade, de acordo com a seguinte forma:

$$\frac{\text{Soma dos resultados em todas as dimensões}}{\text{Total de critérios}} \times 100\% = \text{Índice Global Qualidade (IGQ)}$$

1.4. Avaliação das auditorias

Deve ser dado feedback da auditoria realizada à equipa, verbalmente e mais tarde sob a forma escrita através da redação de um relatório. O relatório deve identificar claramente as áreas que requerem intervenção ou melhoria.

2. RESULTADOS DAS AUDITORIAS

2.1. Auditorias iniciais

AUDITORIA AO PROCEDIMENTO DE ALGALIAÇÃO, MANUTENÇÃO E REMOÇÃO PRECOCE DO CATETER URINÁRIO

GRUPO PROFISSIONAL: Enfermeiros

PADRÃO 1 - ALGALIAÇÃO

	S	N	N/A	OBSERVAÇÕES
1.O utente foi identificado.	10			
2.Providenciado o material necessário e colocado junto do utente.	10			
3.Efetuada higiene das mãos com SABA e foram calçadas luvas limpas.	8	2		
4.Explicado o procedimento e sua finalidade ao utente	10			
5.O utente foi posicionado, expondo apenas a região genital, promovendo a sal privacidade.	7	3		
6.Colocado resguardo de proteção.	3	7		
7.Efetuada a lavagem da área genital com água e sabão e secada em seguida.		10		
8.Retirado o resguardo de proteção.		3	7	
9. Retiradas luvas e efetuada higienização das mãos com SABA.		10		Retiradas luvas mas não foi efetuada higienização das mãos
10.Aberto o kit de algaliação em local apropriado e com respeito das normas de assépsia.		10		
11. Efetuada higiene das mãos com SABA e foram calçadas luvas esterilizadas, com técnica adequada.		10		Calçadas luvas esterilizadas mas não foi efetuada higienização das mãos
12.Removido o invólucro (esterilizado) do catéter urinário e adaptado, de imediato ao saco de drenagem.	8	2		
13.Colocado campo esterilizado	1	9		
14.Efetuada limpeza do meato urinário com soro fisiológico e compressas esterilizadas	1	9		Betadine.
15.Lubrificado o meato urinário com recurso ao lubrificante anestésico em dose única, introduzindo a seringa na uretra e administrando o gel de forma lenta e uniforme	2	8		Uso de lidocaína em bisnaga (e não dose única).
16.Inserido cateter urinário, de forma suave e com movimentos rotativos, de	10			

forma segura até surgir urina				
17.Introduzido um pouco mais o cateter urinário e instilada a quantidade de água bidestilada estéril indicada pelo fabricante para insuflar o balão.	8	10		Quantidade inferior ao indicado pelo fabricante.
18.Executado ligeiro movimento de tração.	10			
19.Removido campo esterilizado.	1		9	
20.Removidas luvas, efetuada a higiene das mãos com SABA e calçadas luvas limpas.	1	9		
21.Fixado o cateter urinário: No Homem: na parte superior da coxa ou na região infra-abdominal; Na Mulher: na face interna da coxa.		10		
22.Foi colocado o saco de drenagem num nível inferior ao da bexiga, em suporte próprio e sem tocar no chão.	8	2		Tocou com saco no chão; Não colocou o saco de drenagem em suporte.
23.Reunido e acondicionado o material utilizado de forma adequada	10			
24.Removidas luvas e foi efetuada higienização das mãos com SABA.		10		
25.O utente foi posicionado ou auxiliado a posicionar-se.	10			
26.Efetuada higienização das mãos com SABA.	10			
27.Efetuos registos em notas de enfermagem.	8	2		Registos incompletos, ou não foram efetuados registos da algaliação, motivo, etc.

PONTUAÇÃO:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de respostas "Sim"}}{n^{\circ} \text{ total de respostas "Sim" e "Não"}} \times 100\% = \text{Índice de Qualidade (IQ)}$$

Ou seja, neste caso IQ = 136/254 x 100% = **53,54%**

PADRÃO 2 – MANUTENÇÃO DO CATETER URINÁRIO

	S	N	N/A	OBSERVAÇÕES
1.Providenciado material necessário e colocado junto do utente.	10			
2.Efetuada a higiene das mãos com SABA e calçadas luvas limpas.		10		

3.O procedimento e sua finalidade foi explicado ao utente.	4	6		
4.O utente foi posicionado expondo a região genital: No Homem: decúbito dorsal com membros inferiores em abdução; Na Mulher: decúbito dorsal com membros inferiores fletidos e em abdução.		10		
5.Efetuada a higiene do meato urinário diariamente com água e sabão, seguida de soro fisiológico.		10		Água e sabão mas não aplicado SF.
6.Retiradas luvas e efetuada higienização das mãos com SABA, e calçado novo par de luvas.		10		
7.Trocado o adesivo de fixação do cateter urinário, alternando o local.			10	Nenhum dos utentes possuía fixação
8.Retiradas luvas, efetuada higienização das mãos com SABA e calçado novo par de luvas.		10		
9.O saco encontra-se fixado, num nível inferior ao da bexiga, em suporte que evite o contacto com o chão, sem angulação do cateter e/ou do tubo de drenagem.	10			
10.É verificada a eficácia da drenagem urinária.	10			
11. O saco de drenagem é esvaziado quando se encontra a meio da sua capacidade e/ou antes do utente entrar no duche/banho.	10			
12. O nível de urina no saco com regularidade é controlado regularmente.	10			
13. Foi registado o débito urinário e características da urina.	10			Existe registo mas é incompleto.

PONTUAÇÃO:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de respostas "Sim"}}{n^{\circ} \text{ total de respostas "Sim" e "Não"}} \times 100\% = \text{Índice de Qualidade (IQ)}$$

Ou seja, neste caso IQ = 64/120 x100% = **53,33%**.

PADRÃO 4 – REMOÇÃO DO CATETER URINÁRIO

Relativamente a este padrão não foi possível efetuar observações durante o período de auditorias.

GRUPO PROFISSIONAL: Assistentes Operacionais

PADRÃO 3 - DESPEJO DO SACO DE DRENAGEM (MANUTENÇÃO DO CATETER URINÁRIO)

	S	N	N/A	OBSERVAÇÕES
1. Foi efetuada a lavagem higiénica das mãos, com SABA e foram calçadas luvas.		20		Não é efetuada a lavagem das mãos antes de calçar as luvas. Numa das observações uma auxiliar utilizou apenas uma luva calçada.
2. Colocada máscara com viseira e avental.	1	19		Numa das observações uma auxiliar utilizou uma máscara com viseira. Algumas das auxiliares colocam máscaras cirúrgicas e algumas não colocam avental de proteção.
3. Foram usadas luvas limpas e trocadas antes do contacto com outro utente.	2	18		
4. A urina foi despejada para um recipiente (jarro) limpo e individualizado.	6	14		Nem sempre é despejado e limpo o jarro antes do próximo doente.
5. Durante o despejo foram evitados salpicos e o contacto entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente de despejo de urina.	4	16		No despejo verifica-se o contacto da torneira com os bordos do jarro.
6. A torneira foi limpa com celulose/compressa limpa após o despejo para o recipiente.		20		Ninguém limpa a torneira após o despejo
7. Foi verificado se a torneira ficou fechada de forma conveniente.	20			
8. Foram retiradas as luvas e as mãos foram higienizadas com SABA no final do despejo dos sacos de drenagem.	10	10		
9. O enfermeiro foi informado da necessidade de trocar o saco de drenagem urinária.			20	Esta situação não se verificou aquando do despejo.

PONTUAÇÃO:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de respostas "Sim"}}{n^{\circ} \text{ total de respostas "Sim" e "Não"}} \times 100\% = \text{Índice de Qualidade (IQ)}$$

Ou seja, neste caso $IQ = 43/160 \times 100\% = \underline{\underline{26,88\%}}$

ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL

$$\frac{\text{Soma dos resultados em todas as dimensões}}{\text{Total de critérios}} \times 100\% = \text{Índice Global Qualidade (IGQ)}$$

$$243/534 \times 100 = \underline{\underline{29,18\%}}$$

AUDITORIA PARA PREVENÇÃO DA ITU PELA PROMOÇÃO DA HIDRATAÇÃO

GRUPO PROFISSIONAL: Enfermeiros

PADRÃO 1 – HIDRATAÇÃO ORAL

HIDRATAÇÃO ORAL	S	N	N/A	OBSERVAÇÕES
1. A pessoa idosa é incentivada a ingerir líquidos ao longo do turno.	6	18		Apenas na toma de medicação "per os".
2. Foi providenciado água, sumos ou chás ou outras alternativas (gelatina), respeitando as preferências da pessoa idosa, ao longo do turno.	17	7		Providenciada água em garrafas, normalmente de 30cl às refeições. Chá ao pequeno almoço e lanche.
3. Os líquidos encontram-se acessíveis, em taças/copos inquebráveis e fáceis de virar ou que permitam beber facilmente.	3	21		Garrafas e copos de plástico nas mesas de cabeceira longe do alcance dos utentes.
4. O reforço hídrico é efetuado por via entérica.			24	Utentes com SNG sem reforço hídrico.
5. Foi efetuado registo do reforço hídrico, em notas de enfermagem.		24		Hidratação sem registo de enfermagem.
TOTAL	26	70	24	

PONTUAÇÃO:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de respostas "Sim"}}{n^{\circ} \text{ total de respostas "Sim" e "Não"}} \times 100\% = \text{Índice de Qualidade (IQ)}$$

Ou seja, neste caso $IQ = 26/96 \times 100\% = \underline{\underline{27,08\%}}$

2.2. Auditorias finais

GRUPO PROFISSIONAL: Enfermeiros

PADRÃO 1 - ALGALIAÇÃO

	S	N	N/A	OBSERVAÇÕES
1.O utente foi identificado.	10			
2.Providenciado o material necessário e colocado junto do utente.	10			
3.Efetuada higiene das mãos com SABA e foram calçadas luvas limpas.	6	4		
4.Explicado o procedimento e sua finalidade ao utente	10			
5.O utente foi posicionado, expondo apenas a região genital, promovendo a sal privacidade.	8	2		
6.Colocado resguardo de proteção.	3	7		
7.Efetuada a lavagem da área genital com água e sabão e secada em seguida.	2	8		

8.Retirado o resguardo de proteção.	3		7	
9. Retiradas luvas e efetuada higienização das mãos com SABA.	1	9		Retiradas luvas mas não foi efetuada higienização das mãos nos casos assinalados
10.Aberto o kit de algaliação em local apropriado e com respeito das normas de assepsia.	3	7		
11. Efetuada higiene das mãos com SABA e foram calçadas luvas esterilizadas, com técnica adequada.	1	9		Calçadas luvas esterilizadas mas não foi efetuada higienização das mãos
12.Removido o invólucro (esterilizado) do cateter urinário e adaptado, de imediato ao saco de drenagem.	10			
13.Colocado campo esterilizado	3	7		
14.Efetuada limpeza do meato urinário com soro fisiológico e compressas esterilizadas	3	7		Betadine.
15.Lubrificado o meato urinário com recurso ao lubrificante anestésico em dose única, introduzindo a seringa na uretra e administrando o gel de forma lenta e uniforme	3	7		Uso de lidocaína em bisnaga (e não dose única).
16.Inserido cateter urinário, de forma suave e com movimentos rotativos, de forma segura até surgir urina	10			
17.Introduzido um pouco mais o cateter urinário e instilada a quantidade de água bidestilada estéril indicada pelo fabricante para insuflar o balão.	10	0		.
18.Executado ligeiro movimento de tração.	10			
19.Removido campo esterilizado.	3		7	
20.Removidas luvas, efetuada a higiene das mãos com SABA e calçadas luvas limpas.	7	9		
21.Fixado o cateter urinário: No Homem: na parte superior da coxa ou na região infra-abdominal; Na Mulher: na face interna da coxa.	3	7		
22.Foi colocado o saco de drenagem num nível inferior ao da bexiga, em suporte próprio e sem tocar no chão.	10			
23.Reunido e acondicionado o material utilizado de forma adequada	10			
24.Removidas luvas e foi efetuada higienização das mãos com SABA.	3	7		
25.O utente foi posicionado ou auxiliado a posicionar-se.	10			
26.Efetuada higienização das mãos com SABA.	10			
27.Efetuos registos em notas de enfermagem.	8	2		Registos incompletos, ou não foram efetuados registos da

				algáliação, motivo, etc.
--	--	--	--	--------------------------

PONTUAÇÃO:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de respostas "Sim"}}{n^{\circ} \text{ total de respostas "Sim" e "Não"}} \times 100\% = \text{Índice de Qualidade (IQ)}$$

Ou seja, neste caso IQ = 160/256 = **62,50%**

ANÁLISE DOS RESULTADOS:

Esta auditoria foi realizada após formação à equipa de enfermagem e após apresentação do procedimento de algáliação, verificando um aumento de índice de qualidade de 53,54% para 62,50%. Verifica-se que houve uma melhoria dos cuidados, embora pouco significativa, relativamente à higienização das mãos em alguns momentos do procedimento, a utilização de kit de algáliação e utilização de campo. Aspetos ainda a melhorar, para além dos anteriores, prende-se com os registos desta intervenção.

PADRÃO 2 – MANUTENÇÃO DO CATETER URINÁRIO

OBSERVAÇÕES MANUTENÇÃO DO CATETER URINÁRIO	S	N	N/A	OBSERVAÇÕES
1.Providenciado material necessário e colocado junto do utente.	10			
2.Efetuada a higiene das mãos com SABA e calçadas luvas limpas.	2	8		
3.O procedimento e sua finalidade foi explicado ao utente.	6	4		
4.O utente foi posicionado expondo a região genital: No Homem: decúbito dorsal com membros inferiores em abdução; Na Mulher: decúbito dorsal com membros inferiores fletidos e em abdução.	2	8		
5.Efetuada a higiene do meato urinário diariamente com água e sabão, seguida de soro fisiológico.	2	8		Água e sabão mas não aplicado SF.
6.Retiradas luvas e efetuada higienização das mãos com SABA, e calçado novo par de luvas.	1	9		

7.Trocado o adesivo de fixação do cateter urinário, alternando o local.	2		8	
8.Retiradas luvas, efetuada higienização das mãos com SABA e calçado novo par de luvas.	2	8		
9.O saco encontra-se fixado, num nível inferior ao da bexiga, em suporte que evite o contacto com o chão, sem angulação do cateter e/ou do tubo de drenagem.	10			
10.É verificada a eficácia da drenagem urinária.	10			
11. O saco de drenagem é esvaziado quando se encontra a meio da sua capacidade e/ou antes do utente entrar no duche/banho.	10			
12. O nível de urina no saco com regularidade é controlado regularmente.	10			
13. Foi registado o débito urinário e características da urina.	8	2		

PONTUAÇÃO:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de respostas "Sim"}}{n^{\circ} \text{ total de respostas "Sim" e "Não"}} \times 100\% = \text{Índice de Qualidade (IQ)}$$

Ou seja, neste caso $IQ = 75/122 \times 100\% = \underline{\underline{61,48\%}}$

ANÁLISE DOS RESULTADOS:

Esta auditoria foi realizada após formação à equipa de enfermagem e após apresentação do procedimento de algaliação, verificando-se um aumento de índice de qualidade de 53,33% para 61,50%. Verifica-se que houve uma melhoria dos cuidados, embora pouco significativa, relativamente à higiene do meato urinário e fixação do cateter urinário. Aspetos ainda a melhorar, para além dos anteriores, prendem-se com os registo desta intervenção e a higiene das mãos.

PADRÃO 3 – REMOÇÃO DO CATETER URINÁRIO

Relativamente a este padrão não foi possível efetuar observações durante o período de auditorias.

GRUPO PROFISSIONAL: Assistentes Operacionais

PADRÃO 3 - DESPEJO DO SACO DE DRENAGEM (MANUTENÇÃO DO CATETER URINÁRIO)

	S	N	N/A	OBSERVAÇÕES

1. Foi efetuada a lavagem higiénica das mãos, com SABA e foram calçadas luvas.	4	16		Por vezes não é efetuada a lavagem das mãos antes de calçar as luvas.
2. Colocada máscara com viseira e avental.	5	15		Algumas das auxiliares colocaram máscaras cirúrgicas e algumas não colocam avental de proteção.
3. Foram usadas luvas limpas e trocadas antes do contacto com outro utente.	5	15		
4. A urina foi despejada para um recipiente (jarro) limpo e individualizado.	8	12		Nem sempre é despejado e limpo o jarro antes do próximo doente.
5. Durante o despejo foram evitados salpicos e o contacto entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente de despejo de urina.	8	12		No despejo verifica-se por vezes o contacto da torneira com os bordos do jarro.
6. A torneira foi limpa com celulose/compressa limpa após o despejo para o recipiente.	4	16		
7. Foi verificado se a torneira ficou fechada de forma conveniente.	20			
8. Foram retiradas as luvas e as mãos foram higienizadas com SABA no final do despejo dos sacos de drenagem.	12	8		
9. O enfermeiro foi informado da necessidade de trocar o saco de drenagem urinária.			20	Esta situação não se verificou aquando do despejo.

PONTUAÇÃO:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de respostas "Sim"}}{n^{\circ} \text{ total de respostas "Sim" e "Não"}} \times 100\% = \text{Índice de Qualidade (IQ)}$$

Ou seja, neste caso IQ = 66/160 x 100% = **41,13%**

ANÁLISE DOS RESULTADOS:

Esta auditoria foi realizada após formação à equipa de assistentes operacionais sobre o despejo do saco de drenagem, verificando-se um aumento de índice de qualidade de 26,88% para 41,50%. Verificando-se que houve uma melhoria dos cuidados, embora pouco significativa, relativamente à higienização das mãos em alguns momentos do procedimento e utilização das luvas, cuidado com salpicos no despejo do saco e limpeza da torneira após o despejo.

ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL

$$\frac{\text{Soma dos resultados em todas as dimensões}}{\text{Total de critérios}} \times 100\% = \text{Índice Global Qualidade (IGQ)}$$

$$301/538 \times 100 = \mathbf{55,95\%}$$

ANÁLISE:

Deste resultado verifica-se que houve uma melhoria do índice global de qualidade de 45,50% para 55,95%. Apesar de positivo ainda existem muitos aspetos a melhorar.

AUDITORIA PARA PREVENÇÃO DA ITU PELA PROMOÇÃO DA HIDRATAÇÃO

GRUPO PROFISSIONAL: Enfermeiros

PADRÃO 1 – HIDRATAÇÃO ORAL

HIDRATAÇÃO ORAL	S	N	N/A	OBSERVAÇÕES
1.A pessoa idosa é incentivada a ingerir líquidos ao longo do turno.	10	14		
2. Foi providenciado água, sumos ou chás ou outras alternativas (gelatina), respeitando as preferências da pessoa idosa, ao longo do turno.	18	6		Providenciada água em garrafas, normalmente de 30cl às refeições. Chá ao pequeno almoço e lanche.
3. Os líquidos encontram-se acessíveis, em taças/copos inquebráveis e fáceis de virar ou que permitam beber facilmente.	4	20		Garrafas e copos de plástico nas mesas de cabeceira longe do alcance dos utentes.
4. O reforço hídrico é efetuado por via entérica.			24	Utentes com SNG sem reforço hídrico.
5. Foi efetuado registo do reforço hídrico, em notas de enfermagem.	4	20		Hidratação sem registo de enfermagem.
TOTAL	36	60	24	

PONTUAÇÃO:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de respostas "Sim"}}{n^{\circ} \text{ total de respostas "Sim" e "Não"}} \times 100\% = \text{Índice de Qualidade (IQ)}$$

Ou seja, neste caso $\text{IQ} = 36/96 \times 100\% = \underline{\underline{37,50\%}}$

ANÁLISE DOS RESULTADOS:

Esta auditoria foi realizada após formação à equipa de enfermagem relativamente à hidratação e prevenção da ITU, verificando um aumento de índice de qualidade de 27,08% para 37,50%. Verificou-se que houve uma melhoria dos cuidados, embora pouco significativa, relativamente ao incentivo da hidratação oral, no entanto, alguns dos aspetos a melhorar prendem-se com a acessibilidade da água mas que se encontram relacionadas com a estrutura física do serviço (proximidade de macas e camas, poucas mesinhas de apoio disponíveis, etc.).

CONCLUSÃO

As auditorias são um recurso importante para a obtenção de resultados e avaliação da qualidade da prática de enfermagem. Com o intuito de promover a prevenção da infecção na pessoa idosa é importante que os enfermeiros sejam confrontados com as práticas correntes e com as boas práticas preconizadas pelas *guidelines* internacionais e pela Direção Geral de Saúde, com o intuito de melhorar as práticas.

Analisando as auditorias de uma forma global, verifica-se que houve uma melhoria na prática de cuidados após a realização das sessões formativas aos grupos profissionais submetidos a auditorias. No entanto, e de acordo com a opinião de peritos na área da prevenção e controlo de infeção, deveria existir um período de intervalo entre auditorias de cerca de 6 meses. Tal não foi possível pelo limite temporal imposto por um estágio desta natureza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Infection Control Nurses Association (ICNA) (2005). Audit Tools for Monitoring Infection Control Guidelines within the Community – Setting 2005. Inglaterra: Department of Health. Acedido em 01-11-2014. Disponível em https://uk.search.yahoo.com/r/_ylt=AwrSbjfhO.9SF2UAHAdLBQx.;_ylu=X3oDMTE1NzlwMmNqBHNIYwNzcgRwb3MDNARjb2xvA2dxMQR2dGIkA01TWVVLMDVfNzg-/SIG=12jtibpkd/EXP=1391438945/**http%3a//www.hdft.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx%3fallid=5845

International Organization for Standardization (2013). ISO & health Strengthening communities for the future. Acedido em: 12 -01 – 2015. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/pub100343.pdf>

www.iso.org. Acedido em 12-01-2015.

APÊNDICE XIII:

Análise e reflexão sobre os questionários aplicados às AO do SU

Escola Superior De Enfermagem De Lisboa
5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica -
Vertente Pessoa Idosa
3.º Semestre

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

***Análise e Reflexão sobre os questionários aplicados às Assistentes
Operacionais do Serviço de Urgência de um hospital do distrito de
Setúbal***

Autores:

Vera Oliveira n.º5389;

Sob orientação de:

Professora Doutora Idalina Gomes

Setúbal

INTRODUÇÃO:

Este documento, realizado no âmbito do estágio do 5º Curso de pós-licenciatura e mestrado em enfermagem médico-cirúrgica - vertente pessoa idosa e do projeto ***Intervenções de enfermagem na prevenção da Infecção do Trato Urinário(ITU) na pessoa idosa***, tem como objetivos (1) Analisar os resultados obtidos da aplicação do questionário referente aos conhecimentos dos Assistente Operacionais (AO) do Serviço de Urgência (SU), do meu local de estágio; (2) Refletir sobre aplicação dos questionários e boas práticas envolvidas; (3) Examinar as competências desenvolvidas neste âmbito.

A ITU, apesar de não ser um problema recente, é um problema frequente a nível hospitalar, estando a sua ocorrência associada aos cuidados de saúde e ao recurso do procedimento de algaliação (APIC, 2014,DGS, 2004; CDC, 2009). Esta afeção tem impacto negativo importante sobre a população idosa, em particular quando submetida ao cateterismo urinário, sendo como tal intervir ao nível da sua prevenção (APIC, 2014; CDC, 2009; DGS, 2004). A prevenção da ITU pode ser efetuada a quatro níveis: avaliação da necessidade de algaliação, cuidados de assépsia durante o cateterismo urinário, manutenção e despejo do sistema de drenagem urinária e sua remoção precoce (APIC, 2014; CDC, 2009; DGS, 2004).

No SU a avaliação da necessidade de avaliação, a inserção do catéter urinário, a sua manutenção e remoção, seja em parte responsabilidade do enfermeiro que presta cuidados à pessoa idosa, o despejo do saco de drenagem urinária é delegado aos AO. Empiricamente, verificou-se a execução de práticas menos corretas no despejo do saco de drenagem, daí a necessidade de caracterizar a equipa de AO e os conhecimentos relativos ao despejo do saco de drenagem, procedimento importante na prevenção da ITU.

Desta forma recorreu-se, num primeiro momento, à aplicação de um questionário, com duas partes distintas: uma de caracterização dos AO e uma de aferição de conhecimentos sobre o despejo do saco de drenagem. Os resultados obtidos serão analisados em seguida.

Tendo em linha de conta o exposto, o seguinte documento encontra-se dividido nos seguintes capítulos: (1) O questionário; (2) Análise e interpretação dos resultados; (3). Competências de enfermeira especialista adquiridas

1.O QUESTIONÁRIO

No presente estágio, para prosseguir com a concretização dos objetivos definidos no projeto foi elaborado um questionário estruturado com questões fechadas, com o intuito de caracterizar a equipa de AO, em mutação recente, e com o fim máximo de aferir conhecimentos relativos aos despejo do sistema de drenagem urinária, um dos procedimentos primordiais na prevenção da ITU em utentes algaliados (CDC, 2009; DGS, 2004). Este é um procedimento delegado nos AO do SU, executado no final de cada turno se sempre que solicitado pelo enfermeiro. Como parte da equipa multidisciplinar, os AO, são uma peça importante nesta cadeia de prevenção da ITU, daí a preocupação em aferir práticas, através das observações do despejo, e conhecimentos através da aplicação de questionário.

O questionário é um método de colheita e de dados, em que os próprios sujeitos escrevem as suas respostas, podendo ser entregue em mãos ou correio (Fortin, 2003). Através deste instrumento de medida é possível obter informações que deem resposta ao problema em estudo, com recurso a variáveis mensuráveis, colhidas de forma rigorosa (Fortin, 2003).

O questionário estruturado com questões fechadas permite a colheita de dados sobre os sujeitos, acontecimentos, atitudes e até mesmo intensões (Fortin, 2003). Os indivíduos são submetidos à escolha de respostas possíveis, limitando a possibilidade de alterar as questões ou de precisar o seu pensamento (Fortin, 2003).

O presente questionário (ver apêndice I) é constituído por:

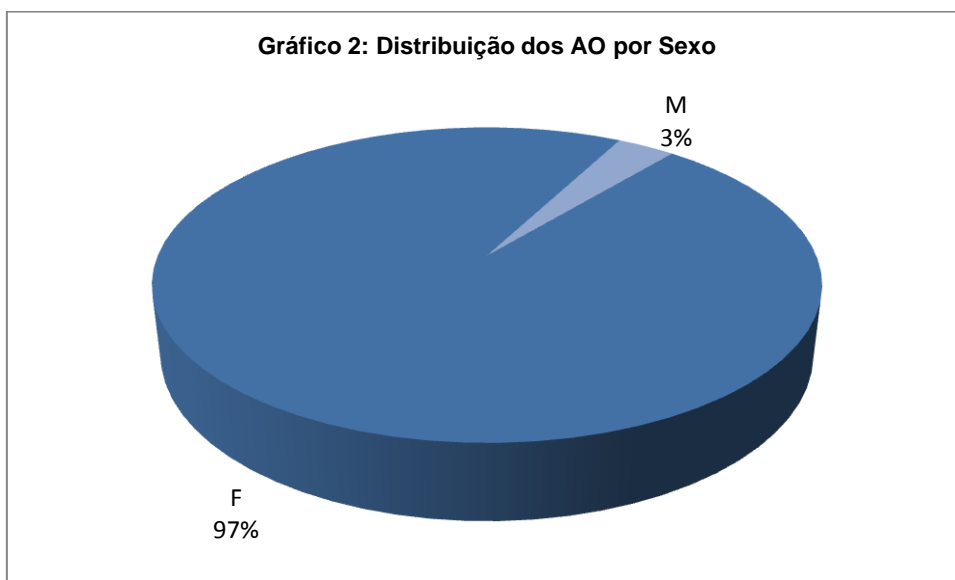
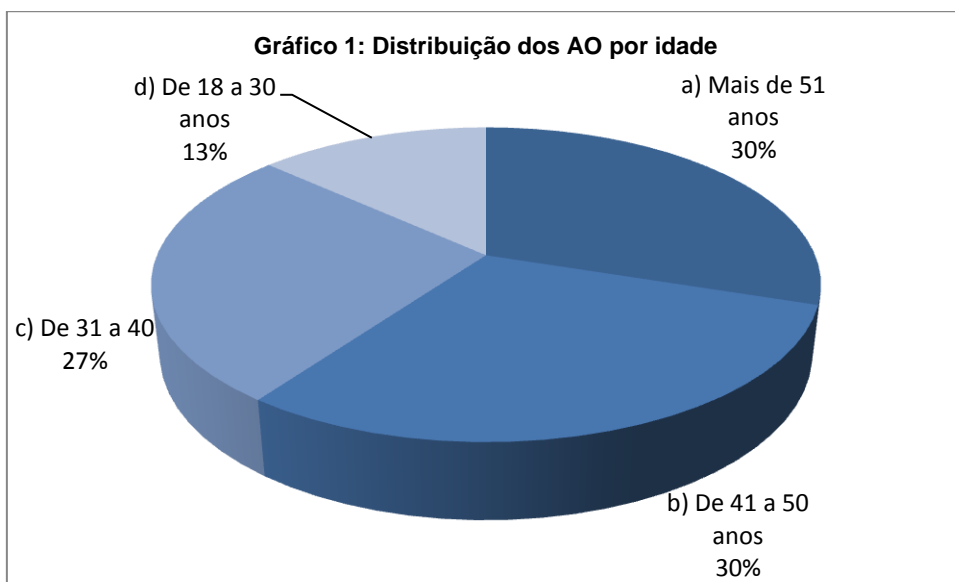
1. Primeira parte: fundamentação e objetivos do estudo e do questionário;
2. Segunda parte: constituída por 4 questões de escolha múltipla de caracterização da amostra: idade, sexo, tempo de serviço como AO e habilitações académicas;
3. Terceira parte: constituída por 5 questões de escolha múltipla, relativas aos conhecimentos sobre o despejo do saco de drenagem urinária.

Os questionários foram entregues em mão a todos os auxiliares do SUG, exceto aqueles que se encontravam com ausência por acidente de trabalho ou ausência médica. No total foram entregues questionários a 43 AO entre 4 e 18 de dezembro de 2014. Apenas foram recebidos, dos AO, um total de 30 questionários respondidos.

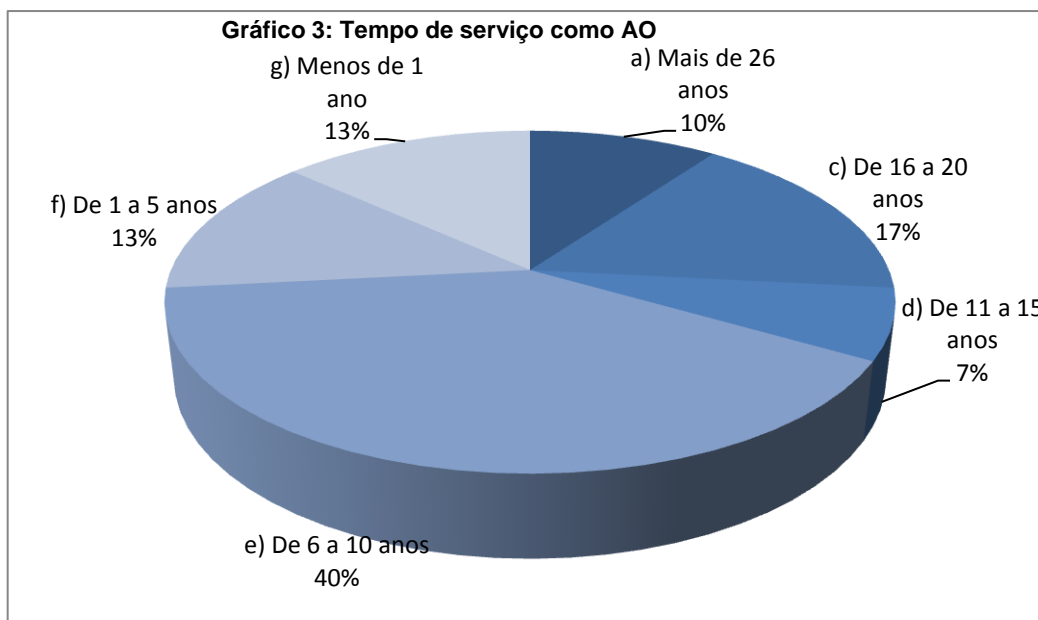
2. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

2.3. Caracterização dos AO

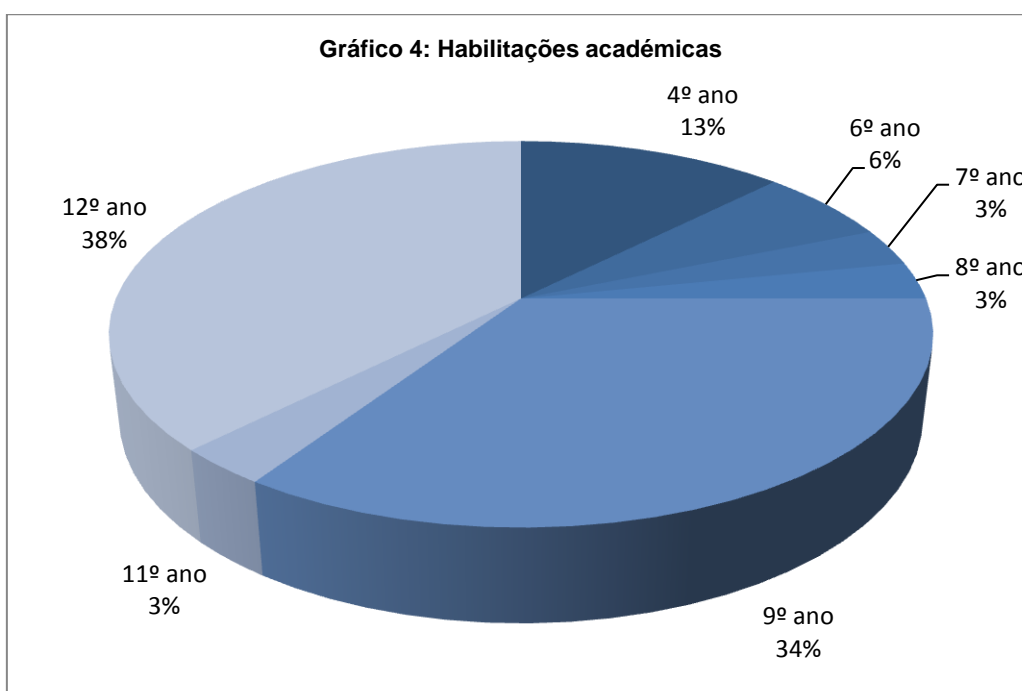
Analisando o gráfico 1, constata-se que a maioria dos AO têm idade superior a 50 anos, sendo que cerca de 97 % são mulheres (gráfico 2).



Apesar da idade cronológica, cerca de 40% dos AO possuem 6 a 10 anos de .experiência profissional. De referir que 26% dos AO possuem 5 ou menos anos de experiência profissional, e que 10% apenas possuem mais de 26 anos (ver gráfico 3).



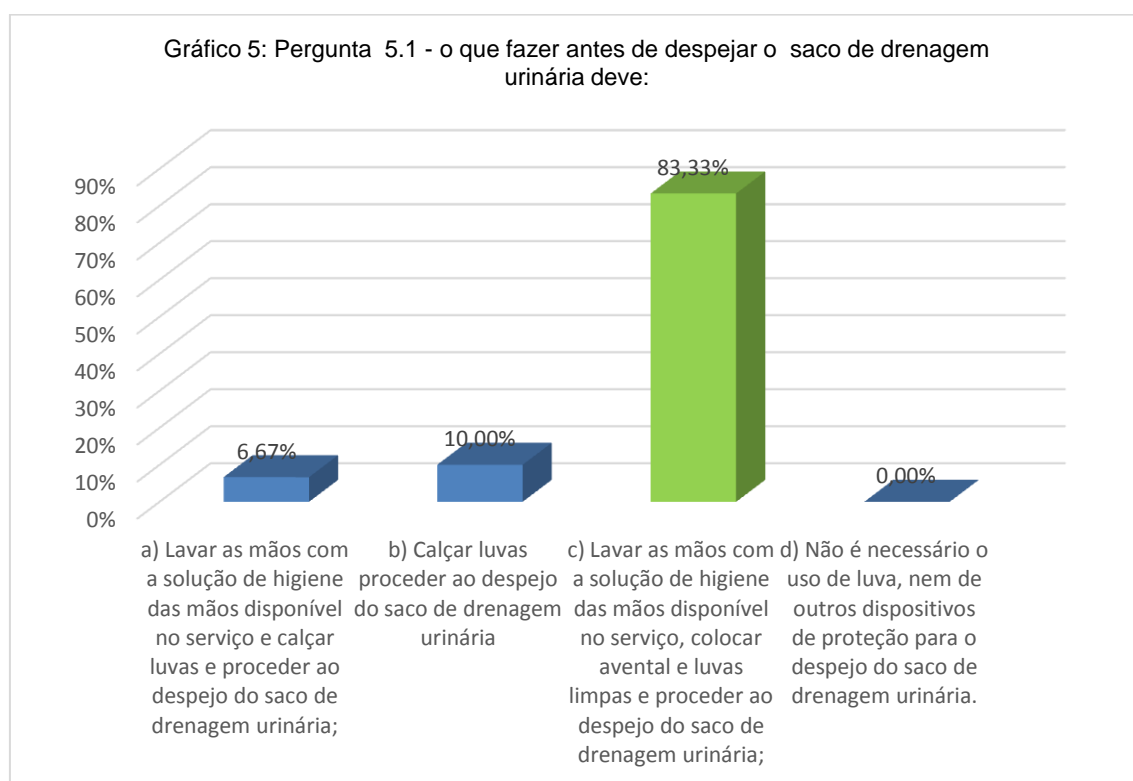
Relativamente às habilitações académicas, cerca de 34 % possuem o 9.º completo e 38% o 12.º ano. Existem no entanto, cerca de 13% com o 4.º ano de escolaridade.



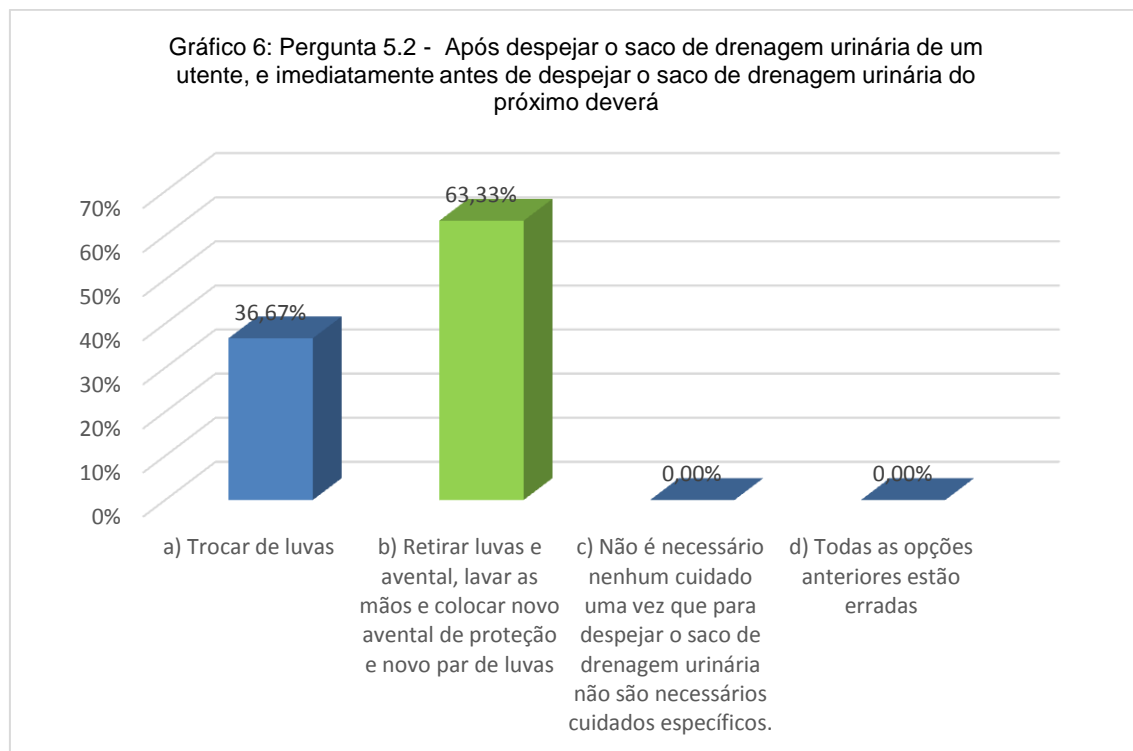
Em suma, os AO, encontram-se na sua maioria na faixa etária acima dos 50 anos, com um tempo de experiência de até 10 anos em contexto de auxílio de prestação de cuidados a nível hospitalar, e com um nível de escolaridade, na sua maioria acima do 9.º ano.

2.4. Conhecimentos relativos ao despejo do saco de drenagem urinária

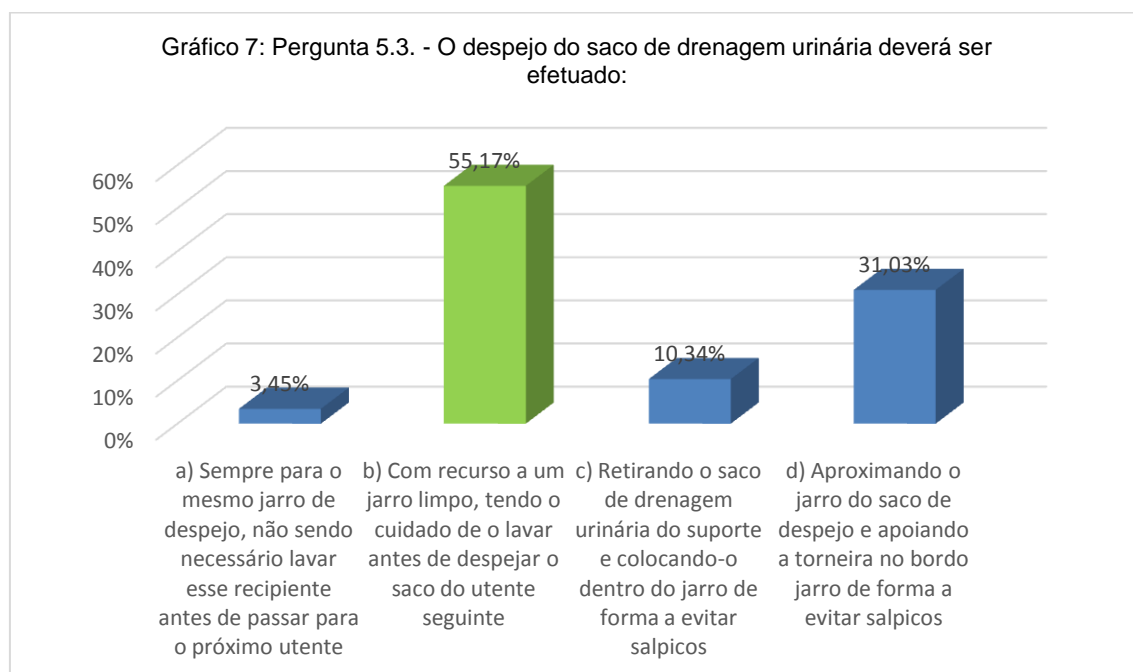
Na primeira questão relativa às boas práticas de despejo do saco de drenagem, verifica-se que 83,33% dos AO sabem que o procedimento correto passa por: lavar as mãos com solução de higiene das mãos disponível no serviço, colocar avental e luvas limpas e proceder depois ao despejo do saco de drenagem urinária (ACSS, 2010), no entanto cerca de 10% considera que basta calçar luvas. De referir que é preconizado pela Direção Geral de Saúde os 5 momentos da higiene das mãos: antes de após qualquer procedimento efetuado e após contacto com a unidade do doente e exposição a fluidos orgânicos (DGS, 2010).



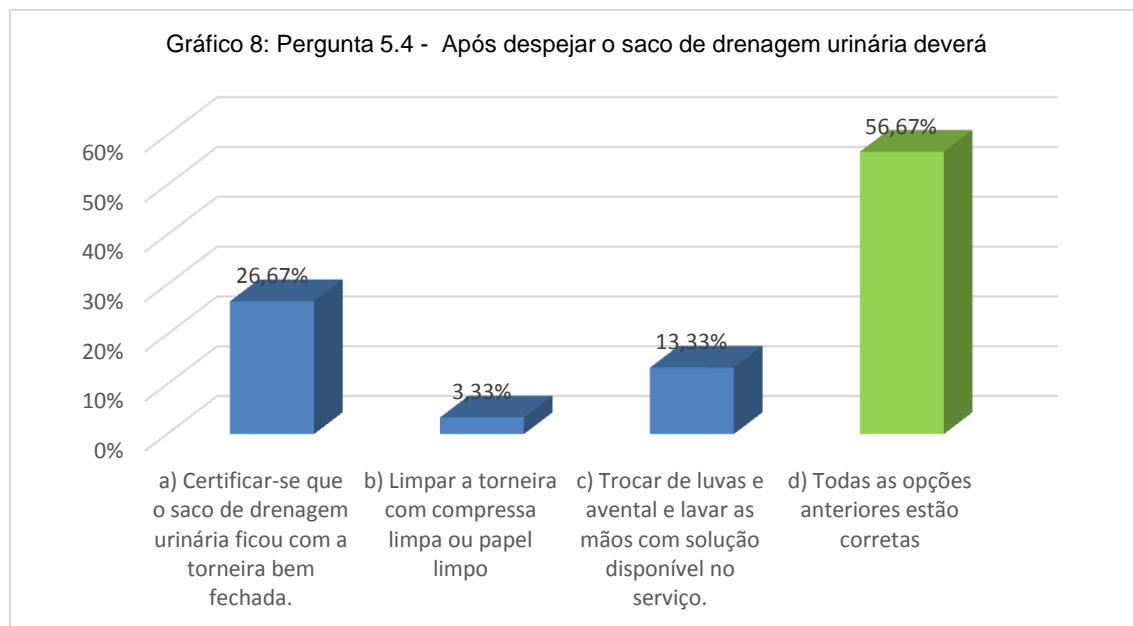
Na segunda pergunta deste grupo apesar de cerca de 63,33% dos AO referirem que devem trocar o avental e as luvas antes do contacto com o próximo doente, é de notar que 36,67% dos AO referem que apenas devem trocar de luvas, esquecendo a importância da higienização das mãos, tal como já referido e preconizado pela DGS (2010). Na prática verificou-se, que de fato a higienização das mãos não é efetuada entre as trocas de luvas.



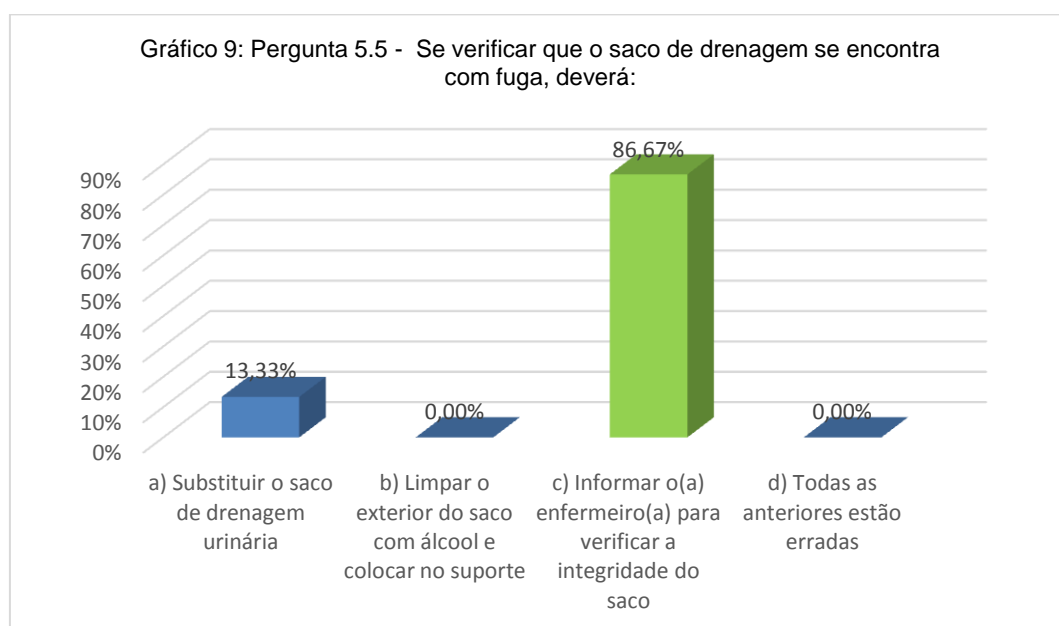
Relativamente a esta questão, uma vez mais, verifica-se que a maioria respondeu corretamente (55,17%), no entanto, existem dúvidas por parte de alguns quanto à forma de evitar os salpicos durante o despejo.



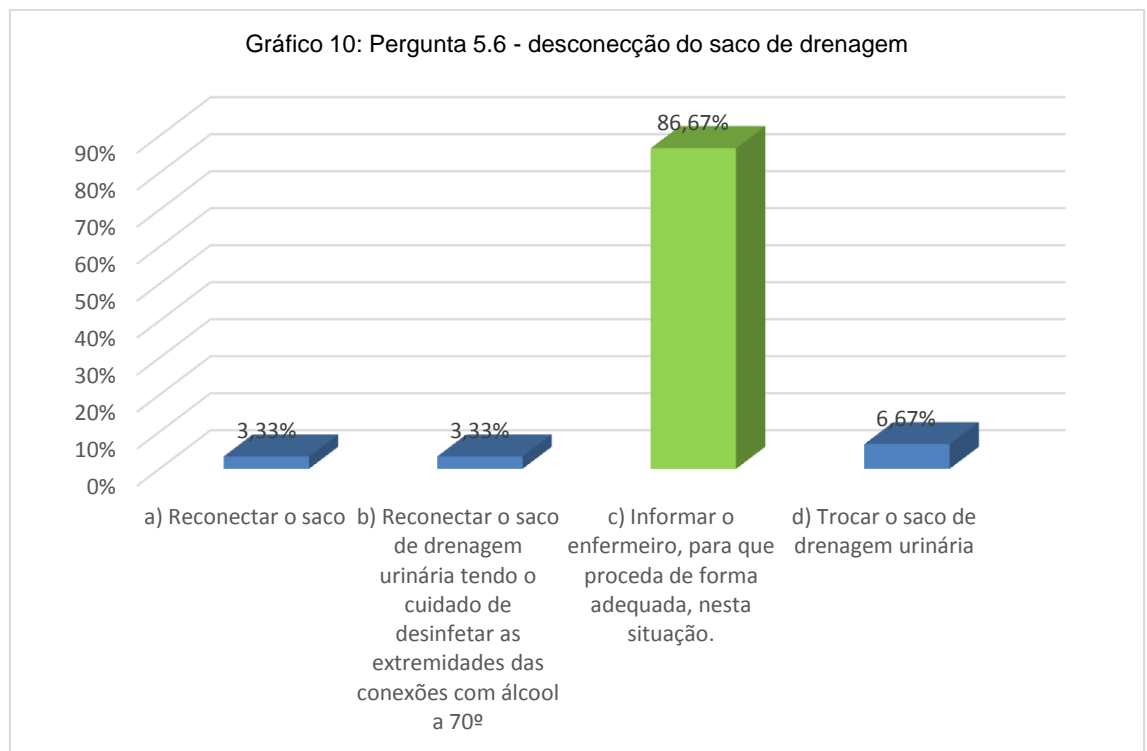
Na pergunta 5.4 cerca de 56,67% dos AO responderam acertadamente, porém verifica-se a pouca importância dada a alguns aspetos como o “limpar a torneira com compressa limpa ou papel limpo”.



Relativamente à integridade do saco de drenagem, 86,67% consideram que devem comunicar ao enfermeiro da necessidade de observação do sistema de drenagem (procedimento correto a efetuar nesta situação), no entanto 13,33% refere que deve substituir o saco de drenagem.



Relativamente ao procedimento relativo à desconexão do saco de drenagem urinária, também se verifica que a maioria sabe que deve informar o enfermeiro desta situação, porém existem, por parte de alguns dúvidas neste aspeto, e 6,67% consideram que devem ser eles a trocar o saco de drenagem urinário, e não o enfermeiro.



De uma forma global as respostas dadas foram dadas de forma correta, na sua maioria, no entanto existem dúvidas importantes por parte de alguns AO que devem ser esclarecidas. Para além do exposto, as observações efetuadas, relativas ao procedimento de despejo do saco de drenagem demonstram que na práticas as boas práticas não são respeitadas.

3.COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA ADQUIRIDAS

Enquanto futura enfermeira especialista e mestre na área de enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa foi possível estabelecer algumas competências decorrentes da construção, aplicação e análise dos questionários aplicados aos AO.

Assim, neste âmbito foi possível adquirir competências a nível da investigação, domínio da melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As competências a nível da investigação prendem-se com a aquisição de conhecimentos e construção de um questionário, tendo por base a evidência científica recente relativa à prevenção da ITU associada ao despejo do saco de drenagem urinária.

As competências de melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados relacionam-se a adoção de um papel dinamizador dentro da equipa multidisciplinar pela mobilização de recursos para avaliação dos conhecimentos da equipa de AO, ao mesmo tempo que com a continuação deste projeto foi promovida a colaboração de programas de melhoria contínua da qualidade no SUG, com o intuito de manter um ambiente terapêutico e seguro.

A aplicação deste questionário permitiu o desenvolvimento de parte de algumas das competências exigidas a um enfermeiro especialista na área da enfermagem médico-cirúrgica, na vertente pessoa idosa, mas muitas vêm do trabalho posterior á análise destes resultados (competências de formação, por exemplo).

CONCLUSÃO

A aplicação deste questionário tornou-se pertinente pelo desenvolvimento de competências de investigação, domínio da melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados, exigidas a um enfermeiro especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica.

Apesar de alguma renitência por parte dos AO em responder aos questionários, foi possível o seu envolvimento no projeto, notando-se por parte de algumas preocupação em saber quais as respostas certas ao questionário após a sua entrega, e verificando-se alguma alteração no comportamento, no que diz respeito a práticas relacionadas com o despejo do saco de drenagem.

O fato de algumas auxiliares não entregarem os questionários, pode ser explicada pela elevada carga de trabalho progressiva a que se tem vindo a vivenciar no SUG e ainda a desmotivação decorrente deste contexto, tal como verbalizado por algumas.

Da análise dos dados pode-se concluir que a equipa de AO é uma equipa madura, com escolaridade média (9.º ano) e com alguma experiência de auxílio na prestação de cuidados, e que, apesar de na sua maioria responderem corretamente às questões, na prática, quando se analisam os resultados das observações efetuadas durante o despejo do saco, não cumprem o que é considerado boa prática neste procedimento (ver documento de auditorias).

Como tal torna-se pertinente investir na formação destes AO no que diz respeito à prevenção da ITU no despejo do saco de drenagem, adequando os processos formativos ao nível de formação académica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29-09-2014. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (APIC) (2014). *Guide to preventing catheter-associated tract infections*. USA: APIC.
- CDC (2009). Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections – 2009.
- DGS(2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.
- DGS (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD DATA: 14/06/2010*. Acedido em 10-10-2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsdsd-de-14062010.aspx>
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação : da concepção à realização*. (3.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acedido em 14.04.2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

APÊNDICES

APÊNDICE I:

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ASSISTENTES OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA, PARA
AFERIÇÃO DE CONHECIMENTOS RELATIVOS AO DESPEJO DO SACO DE DRENAGEM URINÁRIA

QUESTIONÁRIO DE APLICAÇÃO ÀS ASSISTENTES OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

CUIDADOS DURANTE O DESPEJO DO SACO DE DRENAGEM URINÁRIA

O presente questionário insere-se no âmbito do 5.º curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa a realizar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O questionário pretende efetuar uma caracterização das Assistentes Operacionais do Serviço de Urgência, de um hospital do distrito de Setúbal, e recolher dados sobre os conhecimentos que estas possuem sobre o despejo do saco de drenagem urinária

Este instrumento será tanto mais válido e fiável quanto maior for o rigor e a exatidão das respostas. Este questionário é de natureza confidencial e anónima e como tal o seu tratamento será feito de forma global.

É um questionário constituído por 9 perguntas de escolha múltipla, sendo as 4 primeiras de caracterização e as últimas de aferição de conhecimentos. Deverá escolher a resposta que melhor se adequa, bastando colocar uma cruz (X) no quadrado para indicar a sua opção.

1. Idade:

- a) Mais de 51 ☐
- b) de 41 a 50 ☐
- c) de 31 a 40 ☐
- d) de 18 a 30 ☐

2. Sexo:

F ☐

M ☐

3. Tempo de serviço como Assistente Operacional

- a) Mais de 26 anos ☐
- b) de 21 a 26 anos ☐
- c) de 16 a 20 anos ☐
- d) de 11 a 15 anos ☐
- e) de 6 a 10 anos ☐
- f) de 1 a 5 anos ☐
- g) menos de 1 ano ☐

4. Habilitações académicas: Indique o ano que já concluiu.

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| a) 4º ano <input type="checkbox"/> | f) 9º ano <input type="checkbox"/> |
| b) 5º ano <input type="checkbox"/> | g) 10º ano <input type="checkbox"/> |
| c) 6º ano <input type="checkbox"/> | h) 11º ano <input type="checkbox"/> |
| d) 7º ano <input type="checkbox"/> | i) 12º ano <input type="checkbox"/> |
| e) 8º ano <input type="checkbox"/> | j) Outro: _____ |

5. Relativamente ao despejo do saco de drenagem urinária (saco da algália), escolha a resposta que considera correta, na execução desta tarefa:

5.1. Antes de despejar o saco de drenagem urinária deve:

- a) Lavar as mãos com a solução de higiene das mãos disponível no serviço e colocar máscara e calçar luvas e proceder ao despejo do saco de drenagem urinária; ☐
- b) Calçar luvas e proceder ao despejo do saco de drenagem urinária; ☐
- c) Lavar as mãos com a solução de higiene das mãos disponível no serviço, colocar avental e luvas limpas e proceder ao despejo do saco de drenagem urinária; ☐
- d) Não é necessário o uso de luva, nem de outros dispositivos de proteção para o despejo do saco de drenagem urinária. ☐

5.2. Após despejar o saco de drenagem urinária de um utente, e imediatamente antes de despejar o saco de drenagem urinária do próximo deverá:

- a) Trocar de luvas; ☐
- b) Retirar luvas e avental, lavar as mãos e colocar novo avental de proteção e novo par de luvas. ☐
- c) Não é necessário nenhum cuidado uma vez que para despejar o saco de drenagem urinária não são necessários cuidados específicos. ☐
- d) Todas as opções anteriores estão erradas. ☐

5.3. O despejo do saco de drenagem urinária deverá ser efetuado:

- a) Sempre para o mesmo jarro de despejo, não sendo necessário lavar esse recipiente antes de passar para o próximo utente; ☐
- b) Com recurso a um jarro limpo, tendo o cuidado de o lavar antes de despejar o saco do utente seguinte; ☐

c) Retirando o saco de drenagem urinária do suporte e colocando-☐
dentro do jarro de forma a evitar salpicos;

d) Aproximando o jarro do saco de despejo e apoiando a torneira no
bordo jarro de forma a evitar salpicos. ☐

5.4. Após despejar o saco de drenagem urinária deverá:

a) Certificar-se que o saco de drenagem urinária ficou com a torneira bem
fechada. ☐

b) Limpar a torneira com compressa limpa ou papel limpo. ☐

c) Trocar de luvas e avental e lavar as mãos com solução disponível no
serviço. ☐

d) Todas as opções anteriores estão corretas. ☐

5.5. Se verificar que o saco de drenagem se encontra com fuga, deverá:

d. Substituir o saco de drenagem urinária; ☐

e. Limpar o exterior do saco com álcool e colocar no suporte; ☐

f. Informar o(a) enfermeiro(a) para verificar a integridade do saco. ☐

g. Todas as anteriores estão erradas. ☐

5.6. Se o saco de drenagem urinária se desconectar, deverá:

a) Reconectar o saco; ☐

b) Reconectar o saco de drenagem urinária tendo o cuidado de desinfetar
as extremidades das conexões com álcool a 70°. ☐

c) Informar o enfermeiro, para que proceda de forma adequada, nesta
situação. ☐

d) Trocar o saco de drenagem urinária. ☐

APÊNDICE II:

**RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS AOS ASSISTENTES OPERACIONAIS DO SERVIÇO
DE URGÊNCIA, PARA AFERIÇÃO DE CONHECIMENTOS RELATIVOS AO DESPEJO DO SACO DE
DRENAGEM URINÁRIA**

ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DE APLICAÇÃO ÀS ASSISTENTES OPERACIONAIS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

1. Idade:		
a) Mais de 51 anos	9	
b) De 41 a 50 anos	9	
c) De 31 a 40	8	
d) De 18 a 30 anos	4	

2. Sexo:		
F	29	
M	1	

3. Tempo de serviço como Assistente Operacional		
a) Mais de 26 anos	3	
b) De 21 a 26 anos		
c) De 16 a 20 anos	5	
d) De 11 a 15 anos	2	
e) De 6 a 10 anos	12	
f) De 1 a 5 anos	4	
g) Menos de 1 ano	4	

4. Habilitações académicas: Indique o ano que já concluiu.		
4º ano	4	
5º ano		
6º ano	2	
7º ano	1	
8º ano	1	
9º ano	11	

10º ano		
11º ano	1	
12º ano	12	
Outro		

5. Relativamente ao despejo do saco de drenagem urinária (saco da algália), escolha a resposta que considera correta, na execução desta tarefa:

5.1. Antes de despejar o saco de drenagem urinária deve:

a) Lavar as mãos com a solução de higiene das mãos disponível no serviço e calçar luvas e proceder ao despejo do saco de drenagem urinária;	2	
b) Calçar luvas proceder ao despejo do saco de drenagem urinária	3	
c) Lavar as mãos com a solução de higiene das mãos disponível no serviço, colocar avental e luvas limpas e proceder ao despejo do saco de drenagem urinária;	25	×
d) Não é necessário o uso de luva, nem de outros dispositivos de proteção para o despejo do saco de drenagem urinária.		

5.2 Após despejar o saco de drenagem urinária de um utente, e imediatamente antes de despejar o saco de drenagem urinária do próximo deverá

a) Trocar de luvas	11	
b) Retirar luvas e avental, lavar as mãos e colocar novo avental de proteção e novo par de luvas	19	×
c) Não é necessário nenhum cuidado uma vez que para despejar o saco de drenagem urinária não são necessários cuidados específicos.		
d) Todas as opções anteriores estão erradas		

5.3. O despejo do saco de drenagem urinária deverá ser efetuado:

a) Sempre para o mesmo jarro de despejo, não sendo necessário lavar esse recipiente antes de passar para o próximo utente	1	
b) Com recurso a um jarro limpo, tendo o cuidado de o lavar antes de despejar o saco do utente seguinte	16	×
c) Retirando o saco de drenagem urinária do suporte e colocando-o dentro do jarro de forma a evitar salpicos	3	
d) Aproximando o jarro do saco de despejo e apoiando a torneira no bordo jarro de forma a evitar salpicos	9	

5.4. Após despejar o saco de drenagem urinária deverá		
a) Certificar-se que o saco de drenagem urinária ficou com a torneira bem fechada.	8	
b) Limpar a torneira com compressa limpa ou papel limpo	1	
c) Trocar de luvas e avental e lavar as mãos com solução disponível no serviço.	4	
d) Todas as opções anteriores estão corretas	17	×

5.5. Se verificar que o saco de drenagem se encontra com fuga, deverá:		
a) Substituir o saco de drenagem urinária	4	
b) Limpar o exterior do saco com álcool e colocar no suporte		
c) Informar o(a) enfermeiro(a) para verificar a integridade do saco	26	×
d) Todas as anteriores estão erradas		

5.6. Se o saco de drenagem urinária se desconectar, deverá		
a) Reconectar o saco	1	
b) Reconectar o saco de drenagem urinária tendo o cuidado de desinfetar as extremidades das conexões com álcool a 70º	1	
c) Informar o enfermeiro, para que proceda de forma adequada, nesta situação.	26	×
d) Trocar o saco de drenagem urinária	2	

APÊNDICE XIV:

Grelha de observação para análise dos registos de enfermagem no SU/SO

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009, 2013)

1.ª FASE: REVELAR-SE

INDICADOR: IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Nome				
Nome pelo qual prefere ser tratado				
Idade				
Estado civil				
Profissão				
Habilitações Literárias				
Morada				
Contactos				
Crenças Religiosas				

INDICADOR: CONTEXTO DE INTER-RELAÇÃO SOCIAL				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Agregado familiar – pessoas com quem vive				
Número de filhos				
Pessoa de referência				
Cuidador familiar				
Condições habitacionais				
Situação económica – que dificuldades				
Recursos comunitários				
Atividades recreativas/ projeto de vida				

INDICADOR: REDE DE APOIO				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Médico de família				
Enfermeiro de família				
Apoio domiciliário organizado - Alimentação - Higiene habitacional - Higiene pessoal				
Frequências de visitas médicas, de enfermagem e fisioterapeutas				
Rede de apoio de vizinhos e amigos				
Necessidades da Pessoa idosa				
Necessidades do familiar cuidador				

INDICADOR: ACONTECIMENTO DE DOENÇA E SEU SIGNIFICADO (CONTEXTO DA DOENÇA)				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Origem				
Diagnósticos				
Antecedentes pessoais, cirúrgicos e alergias				
Medicação habitual no domicílio				
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, tabágicos, alcoólicos, estupefacientes, atividade física)				
Impacto da doença na sua vida				
Sinais e sintoma de ITU				
Outros				

INDICADOR: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA				
	Registado	Não	Incompleto	Não aplicável

		registrado		
Avaliação cognitiva				
Avaliação emocional				
Avaliação física - audição e visão				
Avaliação das atividades básicas de vida diária				
Avaliação das atividades instrumentais de vida diária				
Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP				
Avaliação da dor				
Avaliação do Estado Nutricional				
Avaliação do risco de Quedas				
Recursos materiais: auxiliares de marcha, prótese ocular, auditiva ou outras				

INDICADOR: ACONTECIMENTO DE DOENÇA E SEU SIGNIFICADO (CONTEXTO DA DOENÇA)				
	Registrado	Não registrado	Incompleto	Não aplicável
Origem				
Diagnósticos				
Antecedentes pessoais, cirúrgicos e alergias				
Medicação habitual no domicílio				
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, tabágicos, alcoólicos, estupefacientes, atividade física)				
Impacto da doença na sua vida				
Sinais e sintoma de ITU				

Outros				
--------	--	--	--	--

INDICADOR: PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA PESSOA IDOSA				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Mobilidades				
Cognição				
Pele				
Nutrição/Hidratação				
Eliminação				
Comunicação				
Ocupação de tempos livres				

INDICADOR: IDENTIDADE DO CUIDADOR FAMILIAR				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Nome				
Nome pelo qual prefere ser tratado				
Idade				
Estado civil				
Profissão				
Habilitações Literárias				
Crenças religiosas				
Contacto telefónico				

INDICADOR: PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO CUIDADOR FAMILIAR				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Físicos, cognitivos, emocionais e de saúde				
Literacia em saúde				

Sobrecarga do cuidador				
Preocupações e medos				

2.^a FASE: ENVOLVER-SE

INDICADOR: RELAÇÃO ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA NO DOMICÍLIO				
	Registado	Não registrado	Incompleto	Não aplicável
Disponibilizado tempo e espaço para o diálogo				
Promove espaço para a reflexão e esclarecimento de dúvidas				
Respeito pela identidade e intimidade da Pessoa idosa				
Promoção de um ambiente seguro				
Envolvimento da Pessoa idosa e cuidado familiar no problema de saúde identificado				
Identificados conhecimentos que a pessoa idosa e cuidador familiar detêm sobre ITU e/ou manutenção do catéter urinário				

3.^a FASE: CAPACITAR/POSSIBILITAR

INDICADOR: CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/ PARTILHA DE PODER E RESPONSABILIDADE				
	Registado	Não registrado	Incompleto	Não aplicável
Partilha de informação com a Pessoa idosa e família/cuidador familiar durante a prestação de cuidados				
Esclarecimento, clarificação e promoção da reflexão				
Respeito pelos valores e preferências da pessoa idosa e família/cuidador familiar				
Negociação e estabelecimento de compromissos com a Pessoa idosa e/ou cuidador familiar/família				
Estabelecimento conjunto de prioridades				

Auxílio no processo de tomada de decisão.				
Facilitação do acesso a recursos				
Capacitação da Pessoa idosa e família/ cuidador familiar para o cuidado de Si, na prevenção da ITU e manutenção do cateter urinário.				
Validação dos cuidados prestados.				

4.ª FASE: COMPROMETER-SE

INDICADOR: PARTILHA DO PODER/AÇÃO CONJUNTA ENTRE ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Estabelecimento de um plano de cuidados para a manutenção de boas práticas relativamente à manutenção do cateter urinário e/ou prevenção da ITU na Pessoa idosa.				
Negociação de um plano de ingestão hídrica, individualizado e de acordo com as necessidades e preferências da pessoa idosa				
Avaliação/monitorização periódica da evolução da pessoa idosa.				
Promover o reforço positivo.				

5.ª FASE: ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

INDICADOR: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OBJETIVOS COMUNS: PREVENIR A INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA PESSOA IDOSA				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
A Pessoa idosa manifesta conforto e bem estar.				
A Pessoa idosa encontra-se hidratada.				
A Pessoa idosa não apresenta sinais nem sintomas de ITU.				

<p>A Pessoa idosa e/ou cuidador familiar demonstram conhecimentos relativos ao manuseamento do catéter urinário e prevenção da ITU:</p> <ul style="list-style-type: none"> - manutenção; - despejo do saco de drenagem; - hidratação; - sinais e sintomas de ITU; - sinais de desidratação; - avaliação da temperatura. 				
<p>A Pessoa idosa e cuidador familiar reconhecem o enfermeiro como um recurso se necessitarem.</p>				

APÊNDICE XV:

Resultados da auditoria realizada aos registos de enfermagem

AUDITORIA INICIAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009, 2013)

1.ª FASE: REVELAR-SE

TABELA 1 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA

INDICADOR: IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Nome		11		
Nome pelo qual prefere ser tratado		11		
Idade		5		
Estado civil		11		
Profissão		11		
Habilitações Literárias		11		
Morada	10	1		
Contactos	9		2	
Crenças Religiosas		1		

GRÁFICO 1 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA

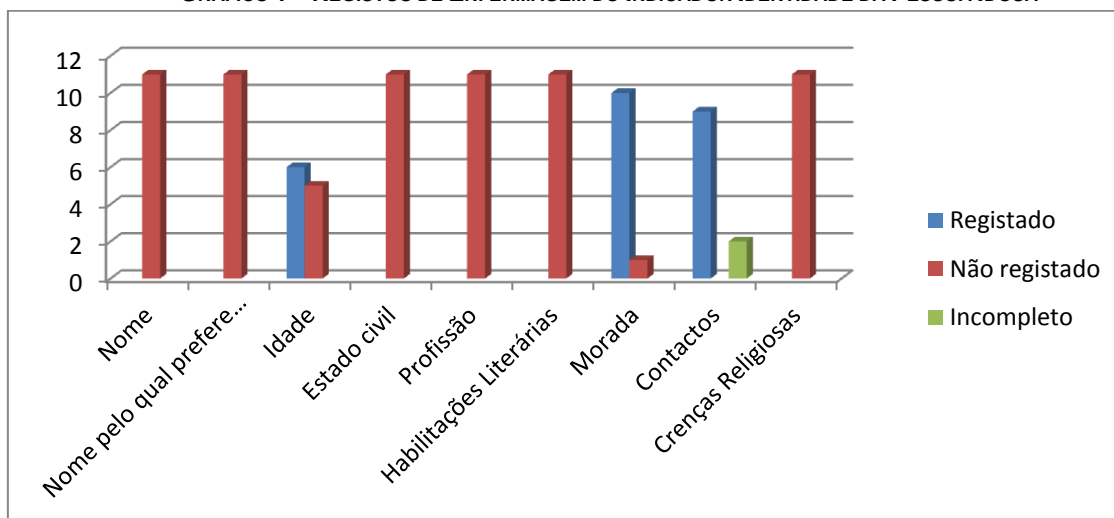


TABELA 2 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR CONTEXTO DE INTER-RELAÇÃO SOCIAL

INDICADOR: CONTEXTO DE INTER-RELAÇÃO SOCIAL				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável

Agregado familiar – pessoas com quem vive	1	10		
Número de filhos		11		
Pessoa de referência		11		
Cuidador familiar		11		
Condições habitacionais		11		
Situação económica – que dificuldades		11		
Recursos comunitários		11		
Atividades recreativas/ projeto de vida		11		

GRÁFICO 2 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR CONTEXTO DE INTER-RELAÇÃO SOCIAL

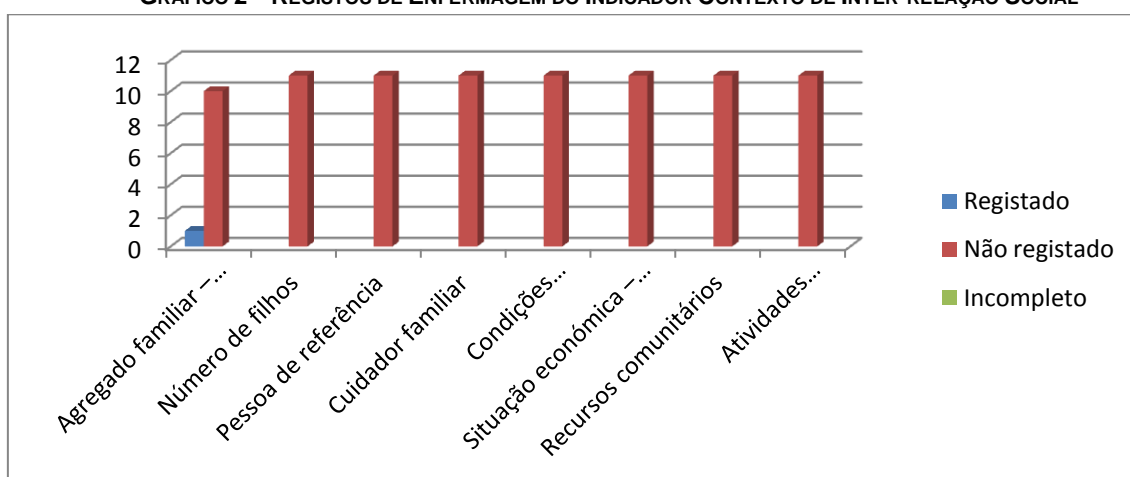


TABELA 3 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR REDE APOIO

INDICADOR: REDE DE APOIO				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Médico de família		11		
Enfermeiro de família		11		
Apoio domiciliário organizado - Alimentação - Higiene habitacional - Higiene pessoal		11		
Frequências de visitas médicas, de enfermagem e fisioterapeutas		11		
Rede de apoio de vizinhos e amigos		11		
Necessidades da Pessoa Idosa		11		
Necessidades do familiar cuidador		11		

GRÁFICO 3 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR REDE DE APOIO

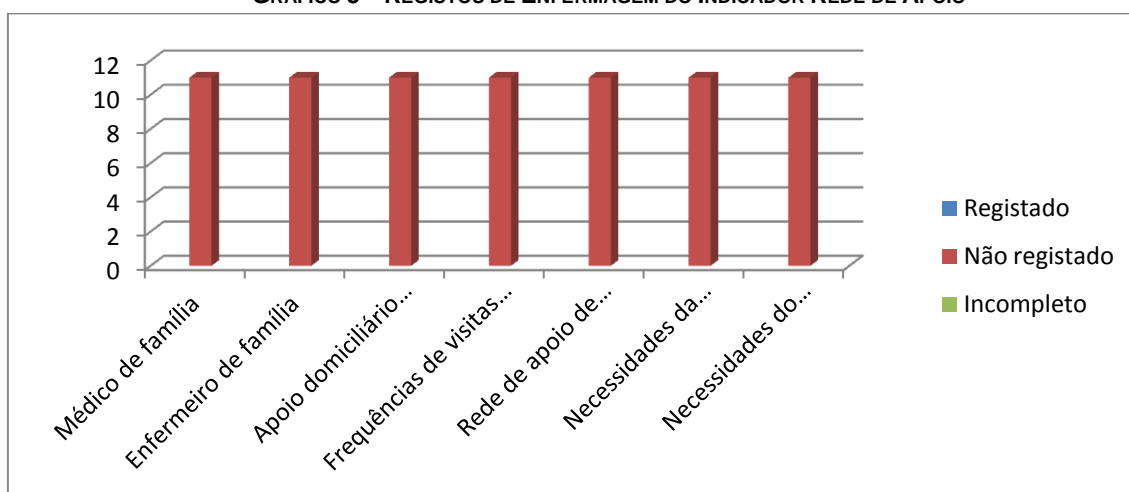


TABELA 4 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR ACONTECIMENTO DE DOENÇA E SEU SIGNIFICADO

INDICADOR: ACONTECIMENTO DE DOENÇA E SEU SIGNIFICADO (CONTEXTO DA DOENÇA)				
	Registrado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Origem	2	7	2	
Diagnósticos	5	6		
Antecedentes pessoais, cirúrgicos e alergias	2	4	5	
Medicação habitual no domicílio		11		
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, tabágicos, alcoólicos, estupefacientes, atividade física)		11		
Impacto da doença na sua vida		11		
Sinais e sintoma de ITU		5	6	

GRÁFICO 4 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR ACONTECIMENTO DE DOENÇA E SEU SIGNIFICADO

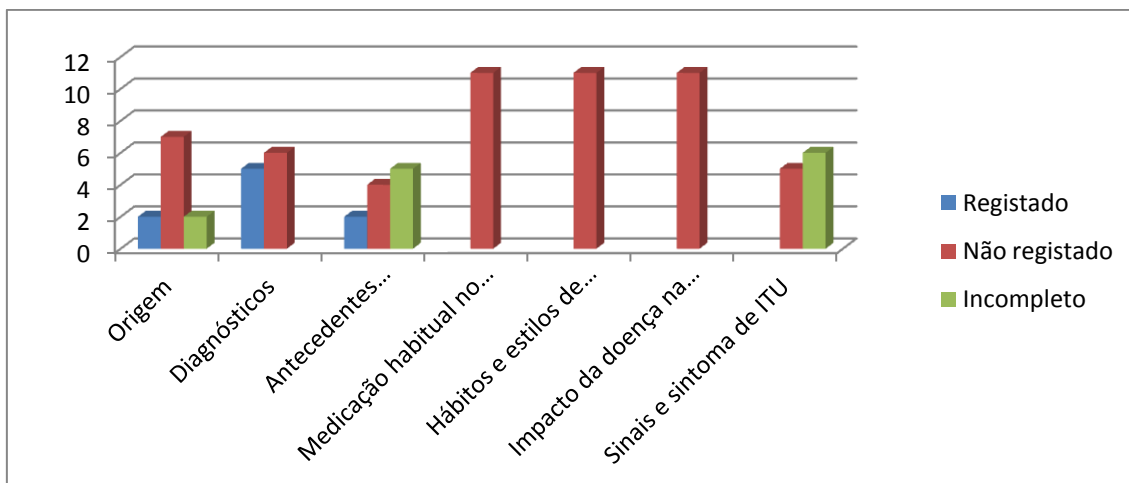


TABELA 5 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

INDICADOR: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Avaliação cognitiva		11		
Avaliação emocional		11		
Avaliação física - audição e visão		11		
Avaliação das atividades básicas de vida diária		10	1	
Avaliação das atividades instrumentais de vida diária		11		
Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP	5	1	5	
Avaliação da dor		11		
Avaliação do Estado Nutricional		11		
Avaliação do risco de Quedas		11		
Recursos materiais: auxiliares de marcha, prótese ocular, auditiva ou outras		11		

GRÁFICO 5 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

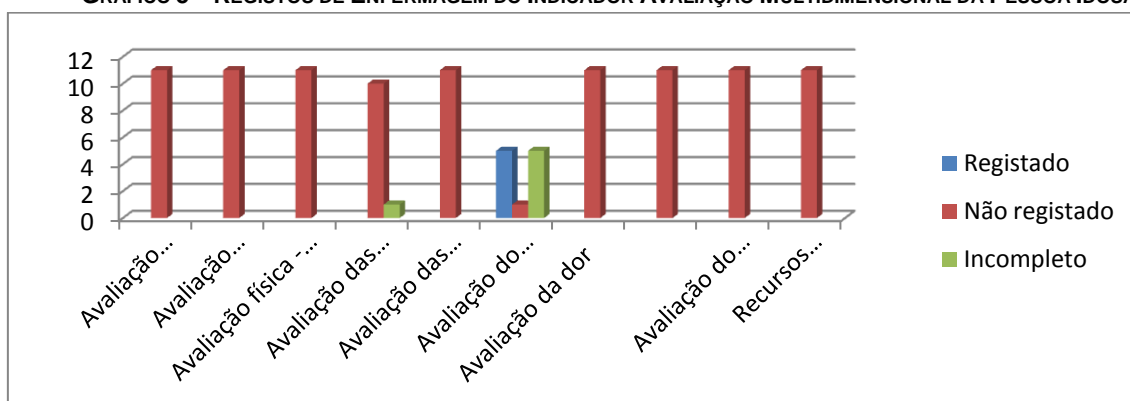


TABELA 6 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA PESSOA IDOSA

INDICADOR: PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA PESSOA IDOSA				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Mobilidades	1	9	1	
Cognição		8	3	
Pele		6	5	
Nutrição/Hidratação		11		
Eliminação		3	8	
Comunicação		11		
Ocupação de tempos livres		11		

GRÁFICO 6 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA PESSOA IDOSA

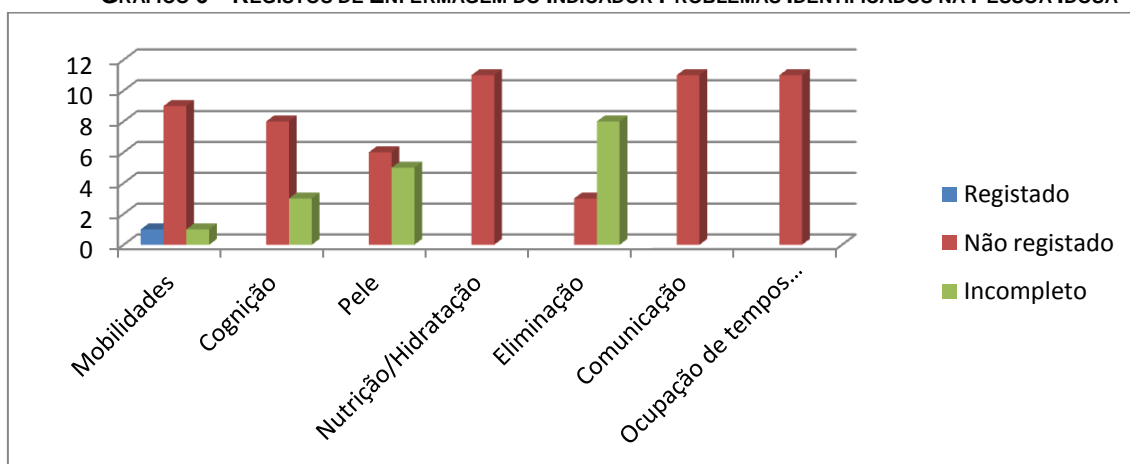


TABELA 7 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR IDENTIDADE DO CUIDADOR FAMILIAR

INDICADOR: IDENTIDADE DO CUIDADOR FAMILIAR				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Nome		11		
Nome pelo qual prefere ser tratado		11		
Idade		11		
Estado civil		11		
Profissão		11		
Habilitações Literárias		11		
Crenças religiosas		11		
Contacto telefónico		11		

GRÁFICO 7 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR IDENTIDADE DO CUIDADOR FAMILIAR

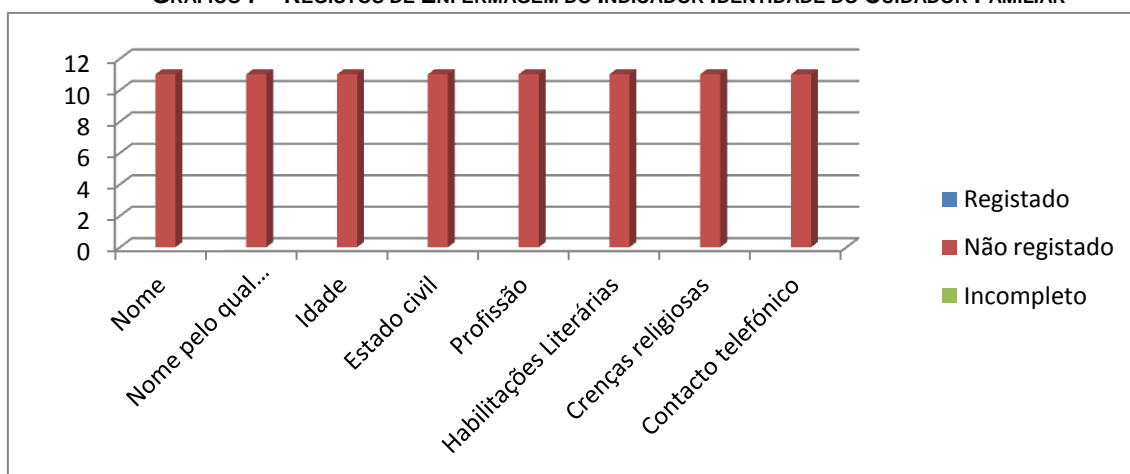
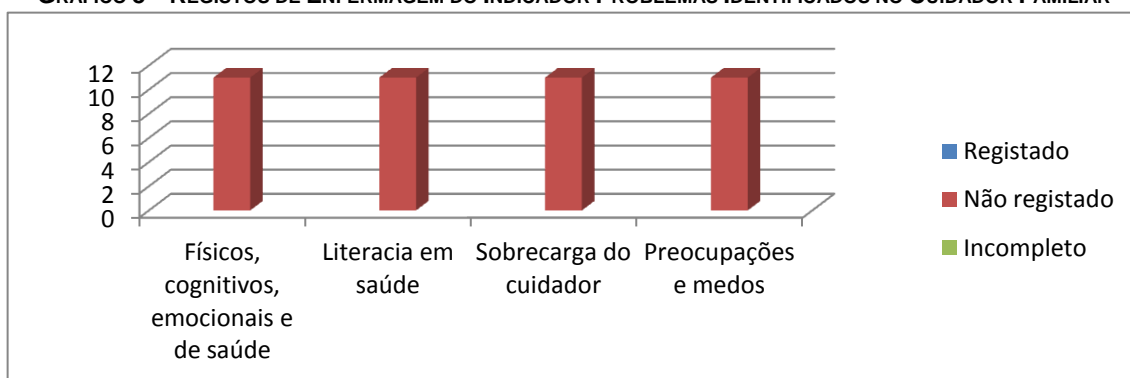


TABELA 8 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO CUIDADOR FAMILIAR

INDICADOR: PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO CUIDADOR FAMILIAR				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Físicos, cognitivos, emocionais e de saúde		11		
Literacia em saúde		11		
Sobrecarga do cuidador		11		
Preocupações e medos		11		

GRÁFICO 8 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO CUIDADOR FAMILIAR

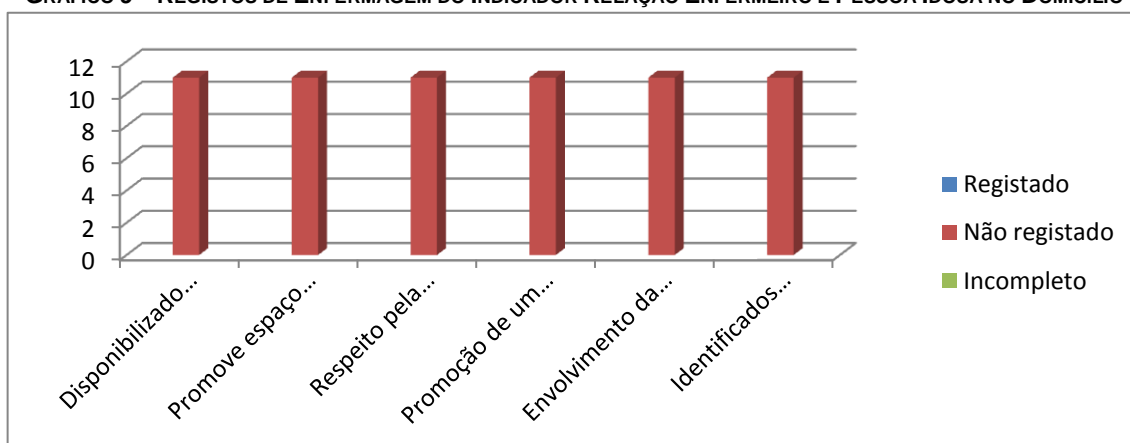


2.ª FASE: ENVOLVER-SE

TABELA 9 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR RELAÇÃO ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA NO DOMICÍLIO

INDICADOR: RELAÇÃO ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA NO DOMICÍLIO				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Disponibilizado tempo e espaço para o diálogo		11		
Promove espaço para a reflexão e esclarecimento de dúvidas		11		
Respeito pela identidade e intimidade da Pessoa Idosa		11		
Promoção de um ambiente seguro		11		
Envolvimento da Pessoa Idosa e cuidado familiar no problema de saúde identificado		11		
Identificados conhecimentos que a pessoa idosa e cuidador familiar detêm sobre ITU e/ou manutenção do catéter urinário		11		

GRÁFICO 9 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR RELAÇÃO ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA NO DOMICÍLIO

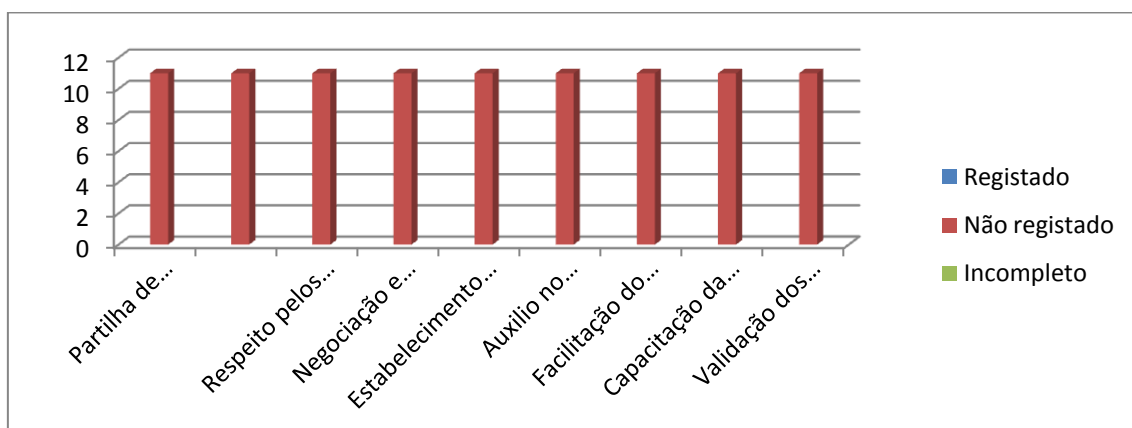


3.ª FASE: CAPACITAR/POSSIBILITAR

TABELA 10 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/ PARTILHA DE PODER E RESPONSABILIDADE

INDICADOR: CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/ PARTILHA DE PODER E RESPONSABILIDADE				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Partilha de informação com a Pessoa Idosa e família/cuidador familiar durante a prestação de cuidados		11		
Esclarecimento, clarificação e promoção da reflexão		11		
Respeito pelos valores e preferências da pessoa idosa e família/cuidador familiar		11		
Negociação e estabelecimento de compromissos com a Pessoa Idosa e/ou cuidador familiar/família		11		
Estabelecimento conjunto de prioridades		11		
Auxílio no processo de tomada de decisão.		11		
Facilitação do acesso a recursos		11		
Capacitação da Pessoa Idosa e família/ cuidador familiar para o cuidado de Si, na prevenção da ITU e manutenção do cateter urinário.		11		
Validação dos cuidados prestados.		11		

GRÁFICO 10 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/ PARTILHA DE PODER E RESPONSABILIDADE

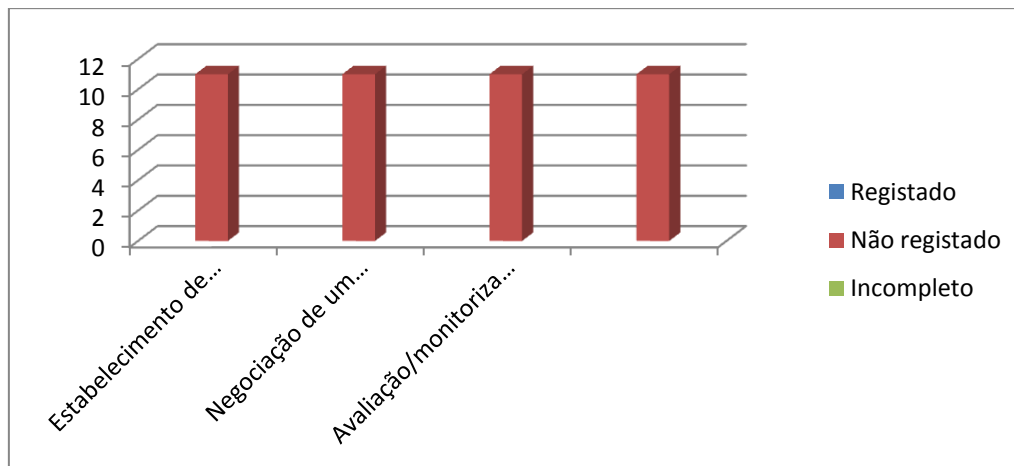


4.ª FASE: COMPROMETER-SE

TABELA 11 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR PARTILHA DO PODER/AÇÃO CONJUNTA ENTRE ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA

INDICADOR: PARTILHA DO PODER/AÇÃO CONJUNTA ENTRE ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Estabelecimento de um plano de cuidados para a manutenção de boas práticas relativamente à manutenção do cateter urinário e/ou prevenção da ITU na Pessoa Idosa.		11		
Negociação de um plano de ingestão hídrica, individualizado e de acordo com as necessidades e preferências da pessoa idosa		11		
Avaliação/monitorização periódica da evolução da pessoa idosa.		11		
Promover o reforço positivo.		11		

GRÁFICO 11 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR: PARTILHA DO PODER/AÇÃO CONJUNTA ENTRE ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA



5.ª FASE: ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

TABELA 12 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OBJETIVOS COMUNS: PREVENIR A INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA PESSOA IDOSA

INDICADOR: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OBJETIVOS COMUNS: PREVENIR A INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA PESSOA IDOSA				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
A Pessoa Idosa manifesta conforto e bem estar.		11		
A Pessoa Idosa encontra-se hidratada.		11		

A Pessoa Idosa não apresenta sinais nem sintomas de ITU.		11		
A Pessoa Idosa e/ou cuidador familiar demonstram conhecimentos relativos ao manuseamento do cateter urinário e prevenção da ITU: - manutenção; - despejo do saco de drenagem; - hidratação; - sinais e sintomas de ITU; - sinais de desidratação; - avaliação da temperatura.		11		
A Pessoa Idosa e cuidador familiar reconhecem o enfermeiro como um recurso se necessitarem.		11		

AUDITORIA FINAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009, 2013)

1.ª FASE: REVELAR-SE

TABELA 13 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA

INDICADOR: IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Nome	2	9		
Nome pelo qual prefere ser tratado	2	9		
Idade	7	4		
Estado civil		11		
Profissão		11		
Habilitações Literárias		11		
Morada	11			
Contactos	11			
Crenças Religiosas		11		

GRÁFICO 13 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA

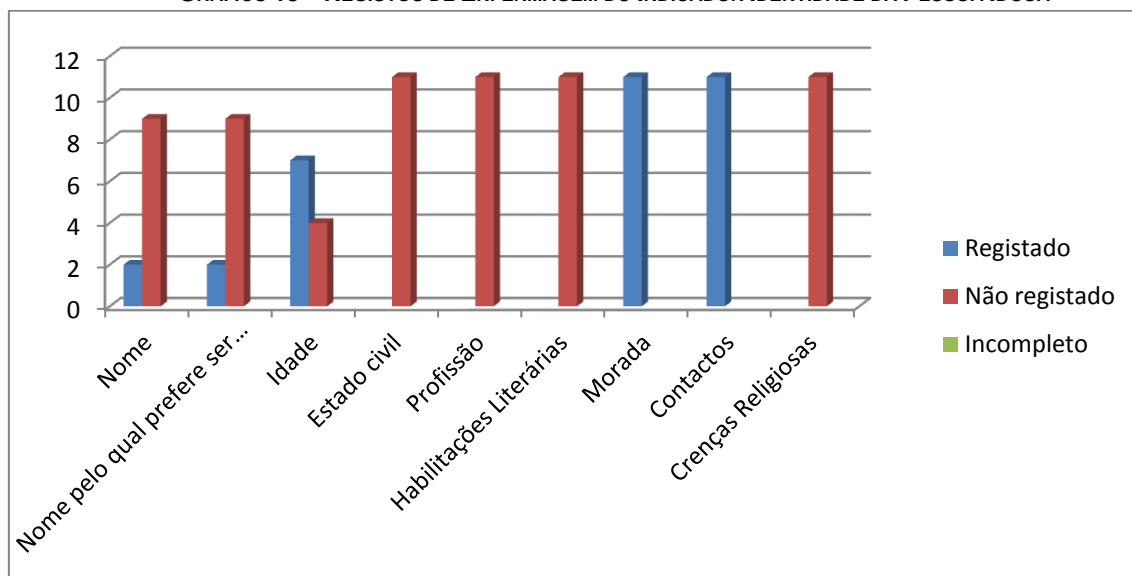


TABELA 14 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR CONTEXTO DE INTER-RELAÇÃO SOCIAL

INDICADOR: CONTEXTO DE INTER-RELAÇÃO SOCIAL				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável

Agregado familiar – pessoas com quem vive	3	8		
Número de filhos	3	8		
Pessoa de referência	3	8		
Cuidador familiar	3	8		
Condições habitacionais		11		
Situação económica – que dificuldades		11		
Recursos comunitários		11		
Atividades recreativas/ projeto de vida		11		

GRÁFICO 14 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR CONTEXTO DE INTER-RELAÇÃO SOCIAL

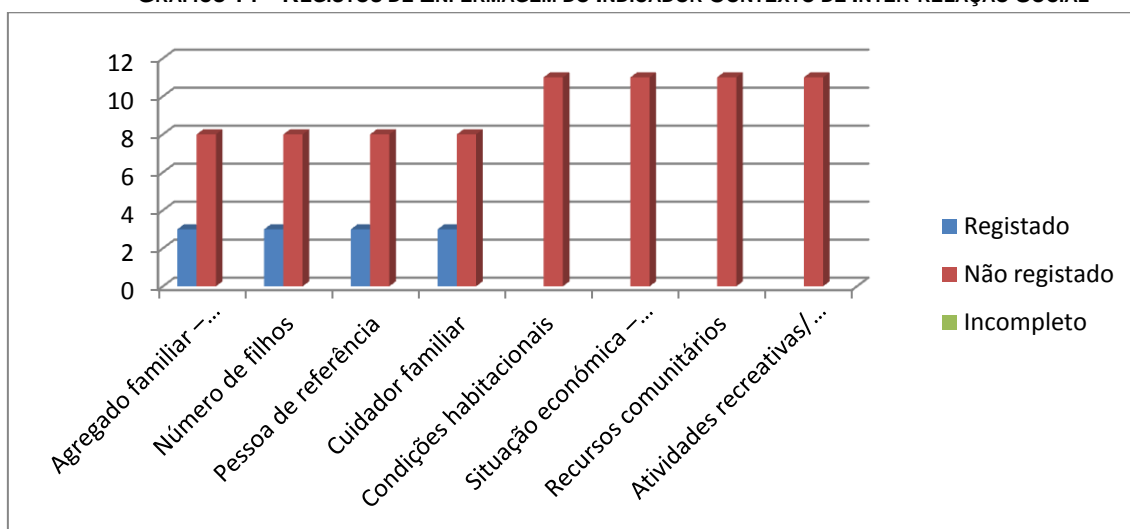


TABELA 15 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR REDE APOIO

INDICADOR: REDE DE APOIO				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Médico de família		11		
Enfermeiro de família		11		
Apoio domiciliário organizado - Alimentação - Higiene habitacional - Higiene pessoal	1	10		
Frequências de visitas médicas, de enfermagem e fisioterapeutas		11		
Rede de apoio de vizinhos e amigos		11		
Necessidades da Pessoa Idosa	1	10		
Necessidades do familiar cuidador		11		

GRÁFICO 15 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR REDE DE APOIO

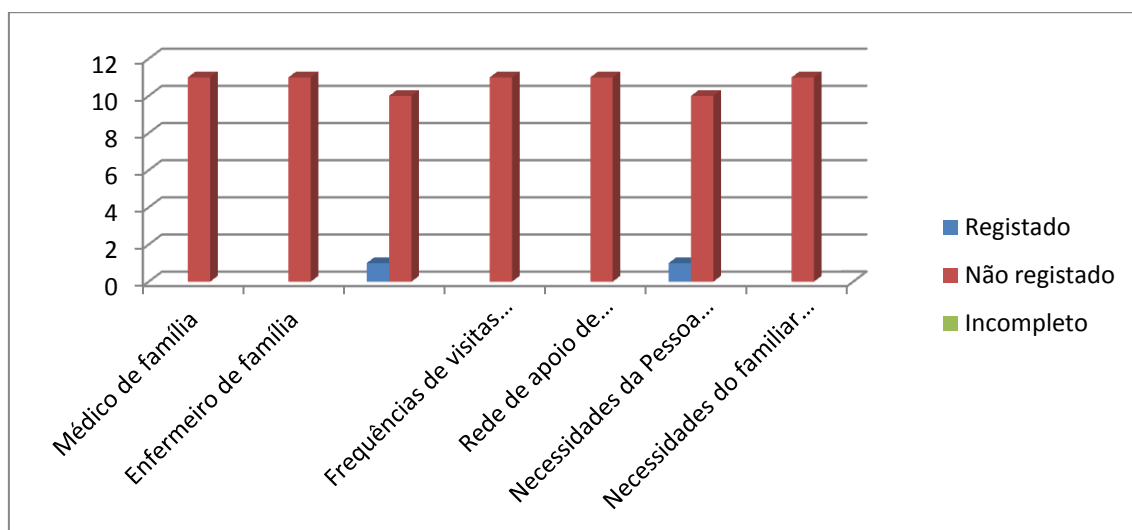


TABELA 16 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR ACONTECIMENTO DE DOENÇA E SEU SIGNIFICADO
INDICADOR: ACONTECIMENTO DE DOENÇA E SEU SIGNIFICADO (CONTEXTO DA DOENÇA)

	Registrado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Origem	3	6	2	
Diagnósticos	7	4		
Antecedentes pessoais, cirúrgicos e alergias	4	3	4	
Medicação habitual no domicílio		11		
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, tabágicos, alcoólicos, estupefacientes, atividade física)	1	10		
Impacto da doença na sua vida		11		
Sinais e sintoma de ITU	4	5	2	

GRÁFICO 16 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR ACONTECIMENTO DE DOENÇA E SEU SIGNIFICADO

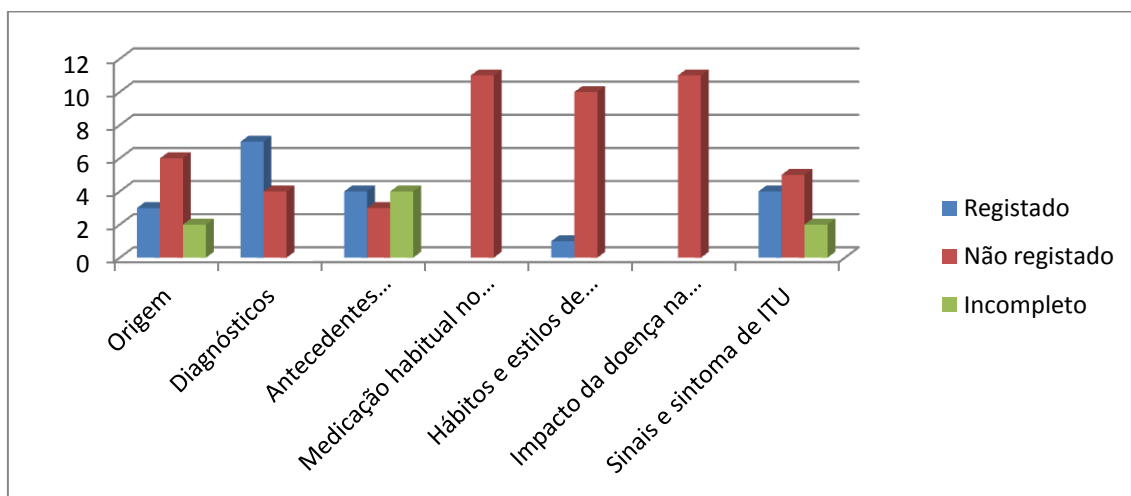


TABELA 17 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

INDICADOR: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA				
	Registrado	Não registrado	Incompleto	Não aplicável
Avaliação cognitiva	2	9		
Avaliação emocional		11		
Avaliação física - audição e visão		11		
Avaliação das atividades básicas de vida diária	1	10		
Avaliação das atividades instrumentais de vida diária		11		
Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP	7	1	3	
Avaliação da dor	2	9		
Avaliação do Estado Nutricional		11		
Avaliação do risco de Quedas		11		
Recursos materiais: auxiliares de marcha, prótese ocular, auditiva ou outras	1	10		

GRÁFICO 17 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

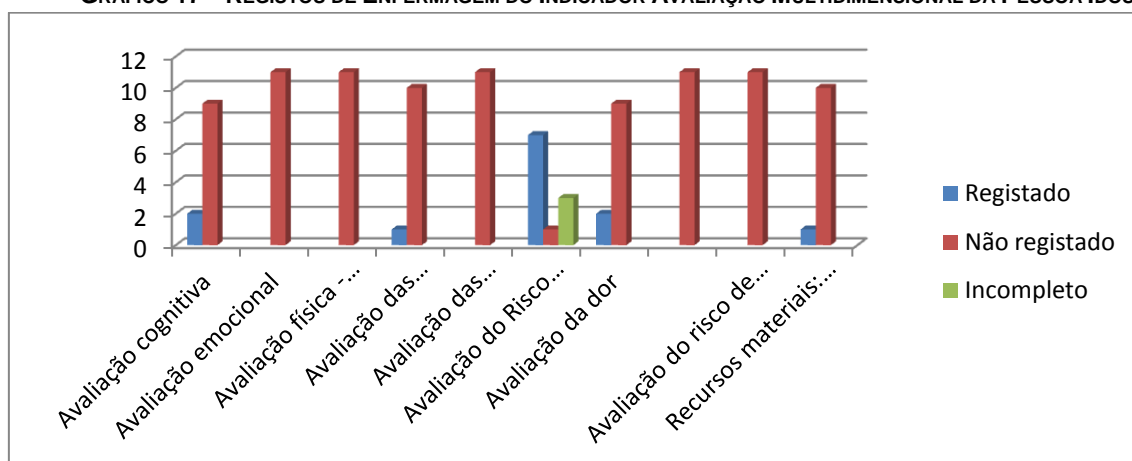


TABELA 18 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA PESSOA IDOSA

INDICADOR: PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA PESSOA IDOSA				
	Registrado	Não registrado	Incompleto	Não aplicável
Mobilidades	3	8		
Cognição	3	7	1	
Pele	1	6	4	
Nutrição/Hidratação	2	9		
Eliminação	2	5	4	
Comunicação	2	9		
Ocupação de tempos livres		11		

GRÁFICO 18 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA PESSOA IDOSA

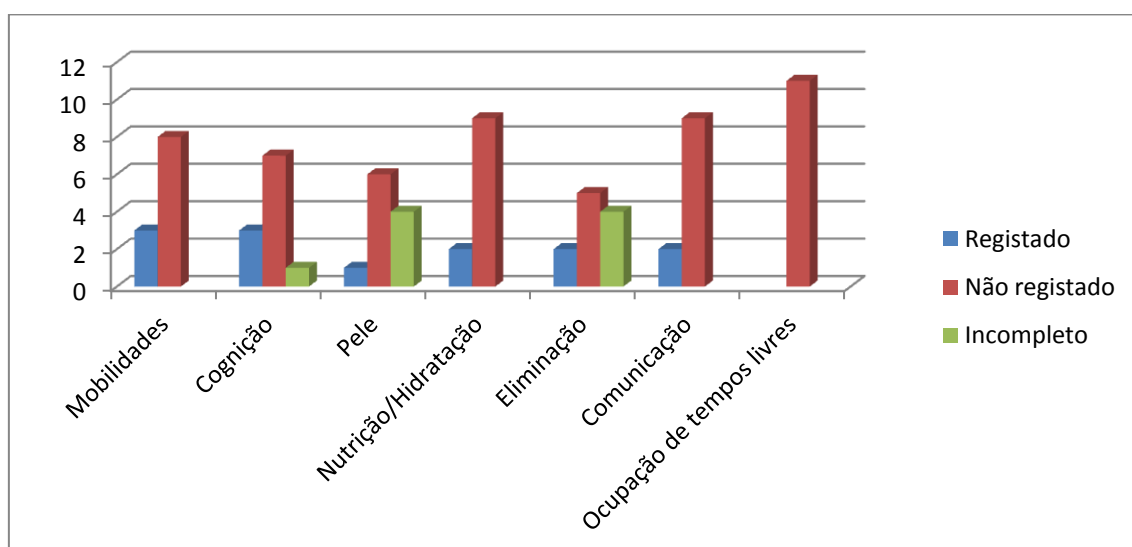


TABELA 19 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR IDENTIDADE DO CUIDADOR FAMILIAR

INDICADOR: IDENTIDADE DO CUIDADOR FAMILIAR				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Nome	2	9		
Nome pelo qual prefere ser tratado		11		
Idade	2	9		
Estado civil		11		
Profissão		11		
Habilitações Literárias		11		
Crenças religiosas		11		
Contacto telefónico	9	2		

GRÁFICO 19 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR IDENTIDADE DO CUIDADOR FAMILIAR

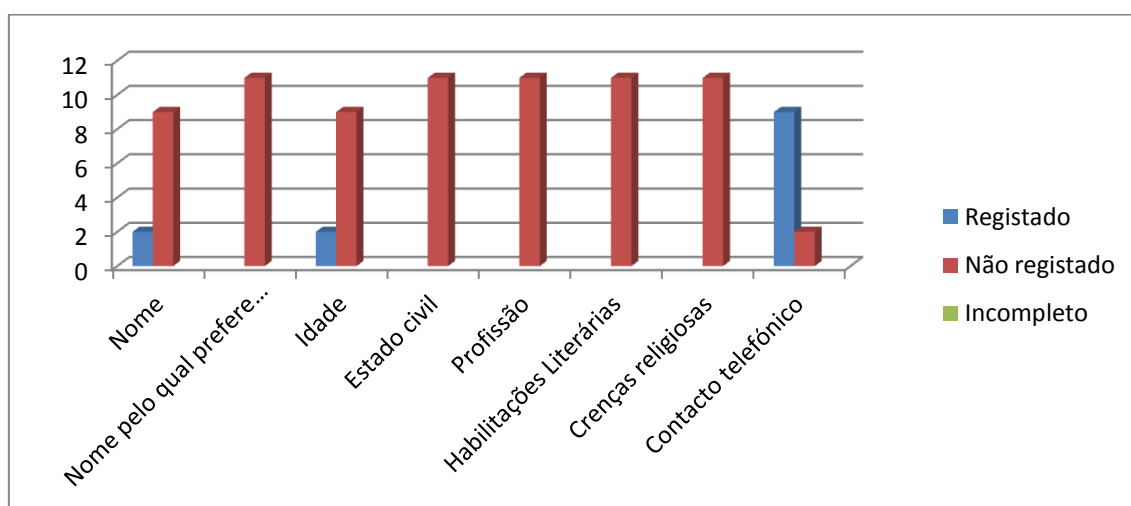
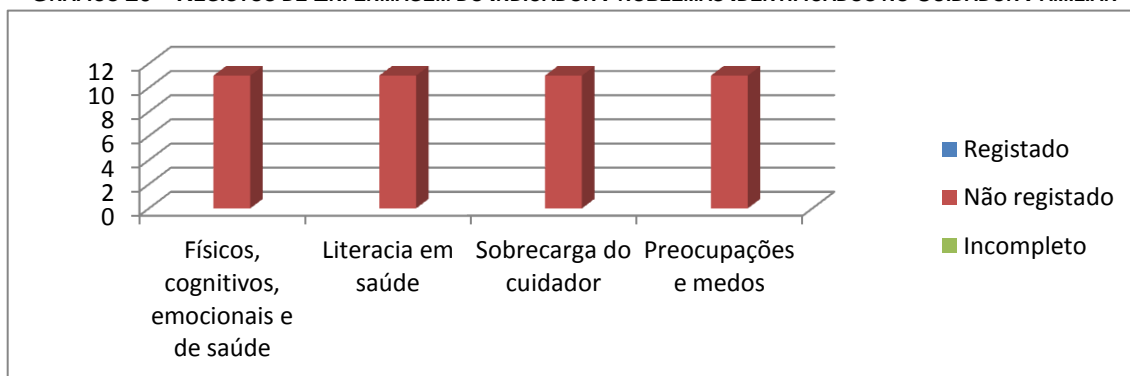


TABELA 20 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO CUIDADOR FAMILIAR

INDICADOR: PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO CUIDADOR FAMILIAR				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Físicos, cognitivos, emocionais e de saúde		11		
Literacia em saúde		11		
Sobrecarga do cuidador		11		
Preocupações e medos		11		

GRÁFICO 20 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO CUIDADOR FAMILIAR

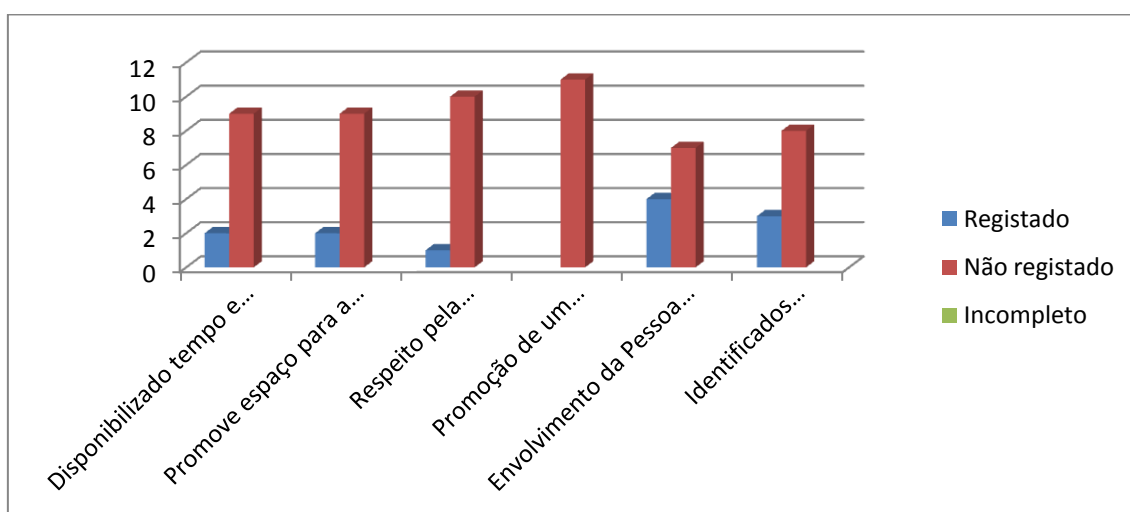


2.ª FASE: ENVOLVER-SE

TABELA 21 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR RELAÇÃO ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA

INDICADOR: RELAÇÃO ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA NO DOMICÍLIO				
	Registrado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Disponibilizado tempo e espaço para o diálogo	2	9		
Promove espaço para a reflexão e esclarecimento de dúvidas	2	9		
Respeito pela identidade e intimidade da Pessoa Idosa	1	10		
Promoção de um ambiente seguro		11		
Envolvimento da Pessoa Idosa e cuidado familiar no problema de saúde identificado	4	7		
Identificados conhecimentos que a pessoa idosa e cuidador familiar detêm sobre ITU e/ou manutenção do catéter urinário	3	8		

GRÁFICO 21 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR RELAÇÃO ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA

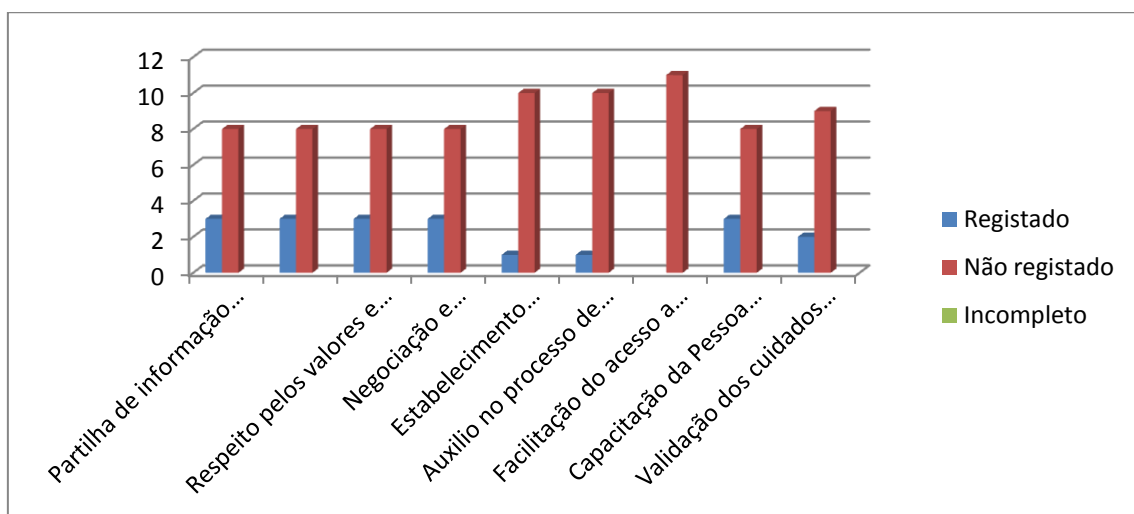


3.ª FASE: CAPACITAR/POSSIBILITAR

TABELA 22 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/ PARTILHA DE PODER E RESPONSABILIDADE

INDICADOR: CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/ PARTILHA DE PODER E RESPONSABILIDADE				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Partilha de informação com a Pessoa Idosa e família/cuidador familiar durante a prestação de cuidados	3	8		
Esclarecimento, clarificação e promoção da reflexão	3	8		
Respeito pelos valores e preferências da pessoa idosa e família/cuidador familiar	3	8		
Negociação e estabelecimento de compromissos com a Pessoa Idosa e/ou cuidador familiar/família	3	8		
Estabelecimento conjunto de prioridades	1	10		
Auxílio no processo de tomada de decisão.	1	10		
Facilitação do acesso a recursos		11		
Capacitação da Pessoa Idosa e família/ cuidador familiar para o cuidado de Si, na prevenção da ITU e manutenção do cateter urinário.	3	8		
Validação dos cuidados prestados.	2	9		

GRÁFICO 22 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/ PARTILHA DE PODER E RESPONSABILIDADE

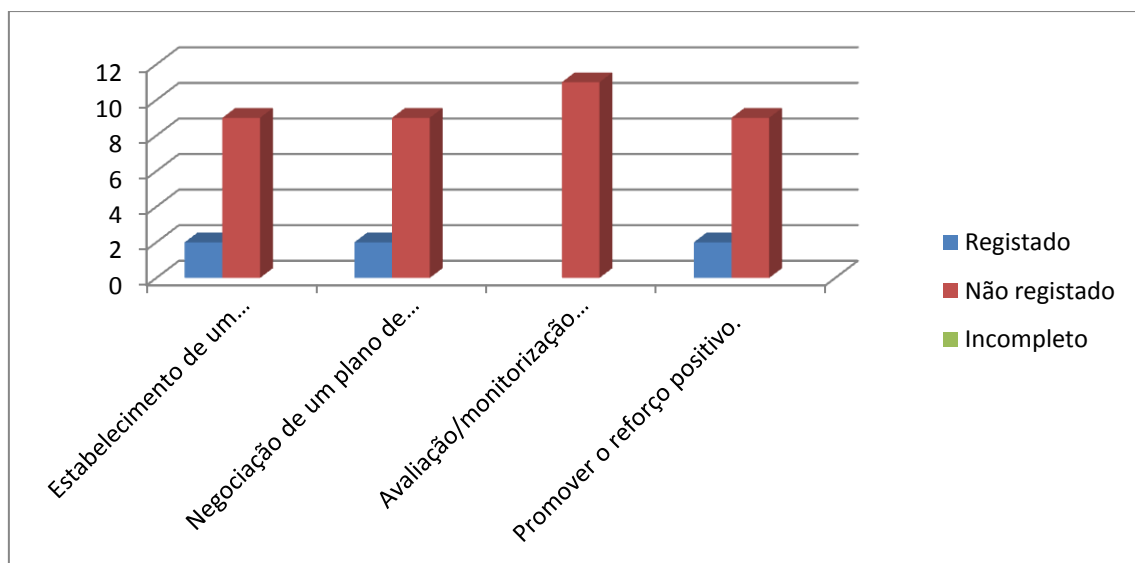


4.ª FASE: COMPROMETER-SE

TABELA 23 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR PARTILHA DO PODER/AÇÃO CONJUNTA ENTRE ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA

INDICADOR: PARTILHA DO PODER/AÇÃO CONJUNTA ENTRE ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
Estabelecimento de um plano de cuidados para a manutenção de boas práticas relativamente à manutenção do cateter urinário e/ou prevenção da ITU na Pessoa Idosa.	2	9		
Negociação de um plano de ingestão hídrica, individualizado e de acordo com as necessidades e preferências da pessoa idosa	2	9		
Avaliação/monitorização periódica da evolução da pessoa idosa.		11		
Promover o reforço positivo.	2	9		

GRÁFICO 23 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR: PARTILHA DO PODER/AÇÃO CONJUNTA ENTRE ENFERMEIRO E PESSOA IDOSA



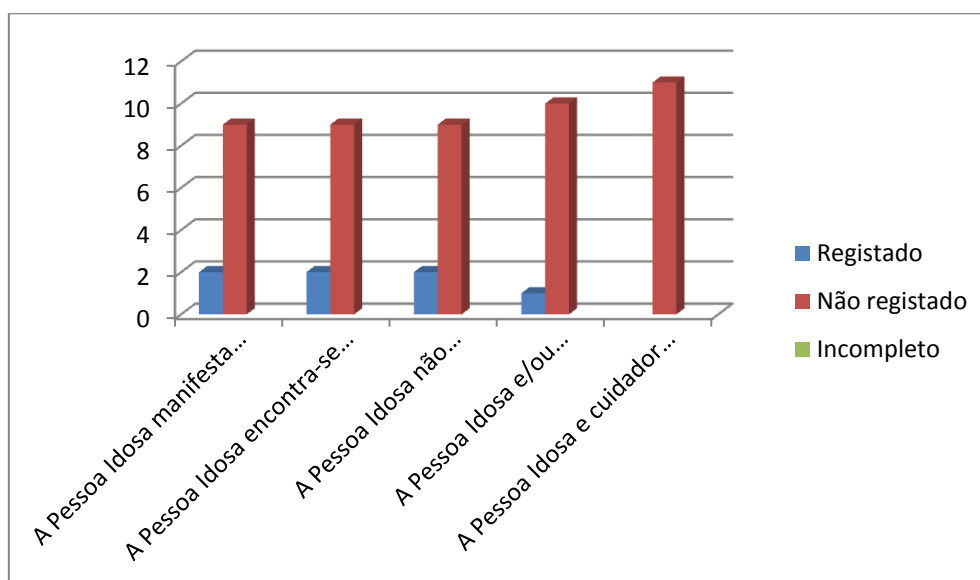
5.ª FASE: ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

TABELA 24 – REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OBJETIVOS COMUNS: PREVENIR A INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA PESSOA IDOSA

INDICADOR: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OBJETIVOS COMUNS: PREVENIR A INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA PESSOA IDOSA				
	Registado	Não registado	Incompleto	Não aplicável
A Pessoa Idosa manifesta conforto e bem estar.	2	9		
A Pessoa Idosa encontra-se hidratada.	2	9		

A Pessoa Idosa não apresenta sinais nem sintomas de ITU.	2	9		
A Pessoa Idosa e/ou cuidador familiar demonstram conhecimentos relativos ao manuseamento do catéter urinário e prevenção da ITU: - manutenção; - despejo do saco de drenagem; - hidratação; - sinais e sintomas de ITU; - sinais de desidratação; - avaliação da temperatura.	1	10		
A Pessoa Idosa e cuidador familiar reconhecem o enfermeiro como um recurso se necessitarem.		11		

GRÁFICO 24 –REGISTOS DE ENFERMAGEM DO INDICADOR DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OBJETIVOS COMUNS: PREVENIR A INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA PESSOA IDOSA



Análise dos Resultados das Auditorias:

Estas auditorias foram efetuadas em dois momentos distintos. Num primeiro momento, as auditorias iniciais, foram realizadas observações com o intuito de completar o diagnóstico da situação e por forma a compreender o tipo de relação estabelecida entre a equipa de enfermagem e pessoa idosa algaliada, antes da implementação do projeto de intervenção, e tendo por linha orientadora o Modelo de Parceria de Gomes (2009, 2013). Num segundo momento, as auditorias finais, foram efetuadas observações com o intuito de avaliar o impacto das sessões de formação

efetuadas à equipa de enfermagem. Em cada um dos momentos foram analisados 11 processos informáticos, que correspondiam a 11 idosos internados em SO algaliados, ou seja, todos eles possuíam 65 anos ou mais e possuíam um cateter urinário. A primeira observação de registos ocorreu a 16 de Novembro de 2014, e a segunda ocorreu a 13 de Fevereiro de 2015. Estas auditorias foram realizadas no SO do SU.

Com estas observações pretendeu-se identificar as informações registadas relativamente à pessoa idosa com cateter vesical e quais as intervenções implementadas pela equipa de enfermagem, tendo como recurso uma grelha de registo elaborada de acordo com os indicadores de cada fase do Modelo de Parceria. Nesta grelha foi identificada a informação registada, a não registada e a incompleta.

Na primeira fase do Modelo de Parceria, **Revelar-se**, o enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa, o seu contexto de vida e de doença, assim como os recursos disponíveis.

Na auditoria inicial constatou-se que era registado apenas a idade, morada e os contactos, na sua maioria incompletos. Relativamente à situação sociofamiliar verificou-se um registo quase inexistente, contabilizando-se apenas um registo que dizia respeito ao agregado familiar. Registos relativos à rede de apoio ou ao cuidador familiar eram inexistentes. Relativamente ao indicador relativo ao contexto de doença existem alguns registos relativos à origem da pessoa idosa, diagnóstico, antecedentes pessoais e sinais e sintomas de ITU, constatando-se no entanto que a maioria da informação se encontrava incompleta. No que diz respeito à Avaliação Multidimensional da pessoa idosa, verificou-se que a maioria dos registos efetuados dizia respeito à avaliação do risco de UPP através da Escala de Braden existente no programa informático em uso, e que constitui requisito obrigatório nas práticas do SU/SO. Relativamente aos problemas identificados na pessoa idosa, o seu registo é praticamente inexistentes.

Na auditoria final, verificou-se, nesta primeira fase do modelo, um cuidado aumentado relativamente efetivação dos registos, sendo mais evidente o registo do nome pelo qual a Pessoa Idosa prefere ser tratada, contacto telefónico, o agregado familiar, número de filhos e cuidador familiar. A rede de apoio mantém-se com poucos registos, havendo apenas um registo relativo ao tipo de apoio recebido por um doente e necessidades da pessoa idosa. Relativamente aos dados do cuidador

familiar, há registo de alguns dados, embora poucos, relativos a nome, idade e contacto telefónico. Quanto ao indicador relativo ao Acontecimento de doença e seu significado, verificou-se um aumento do número de registos por item, em particular no item dos sinais e sintomas de ITU, no entanto ainda aquém do desejável. Na Avaliação Multidimensional da pessoa idosa existe uma predominância da avaliação da escala de Braden, com pouca adesão nos restantes itens. Verificou-se ainda uma maior preocupação pela pessoa idosa na medida em que há um aumento dos registos relativos aos problemas desta população.

Nas fases seguintes do Modelo de Parceria e na auditoria inicial, não existe qualquer tipo de registo. No entanto na auditoria final verificou o cuidado de registar interações com a pessoa idosa.

Assim, na segunda fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009,2013), **Envolver-se**, a análise efetuada foi orientada no sentido de verificar registos que indicassem disponibilidade e aprofundamento da relação de parceria. Verificou-se alguns casos em que foi registado o cuidado de disponibilizar tempo, respeito pela privacidade e esclarecimento de dúvidas, e ainda a identificação de conhecimentos relativos à ITU.

Na terceira fase, **Capacitar/Possibilitar**, a análise dos registos incidiu sobre a definição de objetivos conjuntos, por forma a dar progressão ao projeto de vida da pessoa idosa. De acordo com a colheita de dados existiram situações em que foi registado a partilha da informação, o esclarecimento de dúvidas e negociação de intervenções, aspetos melhorados em comparação com a primeira auditoria.

Na quarta fase, **Comprometer**, nesta auditoria final, constatou-se o recurso ao reforço positivo e implementação de intervenções por forma a prevenir em particular a ITU.

Na quinta fase, **Assumir o cuidado de Si ou assumir o cuidado do Outro**, existem poucos registos, no entanto de acordo com a informação colhida iam de encontro com a manifestação de satisfação, hidratação e ausência ou não de sinais e sintomas de ITU na Pessoa Idosa e demonstração por parte deste dos conhecimentos sobre a ITU e manuseamento do cateter urinário.

De uma forma geral constatou-se uma melhoria dos registos, e como tal de práticas de cuidados de enfermagem. No entanto, e embora em contexto de urgência seja uma dificuldade, deverá existir um maior investimento de quem presta cuidados, no que concerne ao registo de todas as intervenções efetuadas e

assegurar uma relação baseada na parceria de cuidados por forma a promover o cuidado de Si na pessoa idosa.

APÊNDICE XVI:

Nota de campo no SU/SO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – VERTENTE IDOSO
ANO LETIVO: 2014/2015
3.º SEMESTRE
NOTA DE CAMPO
REGISTO DE UMA INTERAÇÃO COM A PESSOA IDOSA

O desenvolvimento de competências profissionais combinam o envolvimento na formação, a centralização na análise reflexiva sobre as práticas e o apoio dos formadores/orientadores, como recursos para obter sucesso no contexto de práticas de cuidados (Alarcão & Roldão, 2010). A realização de uma nota de campo possibilita a reflexão em contexto de prática pela descrição e análise de uma situação real vivida. Assim, com esta atividade pretendo descrever uma situação de interação entre o enfermeiro-estudante e a pessoa idosa e analisá-la reflexivamente segundo a conceção dos cuidados de enfermagem em parceria. Esta interação decorreu em contexto de estágio a nível intra-hospitalar, num serviço de urgência, em fevereiro de 2015.

DATA: FEVEREIRO DE 2015

TURNOS: TARDE, MANHÃ, NOITE

INTERVENIENTES: SENHORA A. E FAMÍLIA (MARIDO E FILHOS), ALUNA DO 5.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, EQUIPA DE ENFERMAGEM E EQUIPA MÉDICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	ANÁLISE DA SITUAÇÃO
1.º MOMENTO	1.º MOMENTO
Durante o estágio que decorreu no serviço de urgência foi possível contactar com inúmeros doentes idosos, com diferentes patologias, com variados graus de dependência e em diferentes	Como resultado das alterações demográficas vigentes, há um recurso acentuado da população idosa aos serviços de urgência, quando comparada com a população mais jovem,

contextos socioeconómicos e familiares.

A senhora A., uma utente de 79 anos de idade, entrou no serviço de urgência a 10 de Fevereiro de 2015, com queixas algícas generalizadas, sendo a dor mais intensa a nível abdominal. A doente foi trazida pelos filhos e marido, e segundo o que foi possível apurar encontrava-se desde há 15 dias algaliada por se encontrar em situação de cuidados paliativos. Há cerca de nove meses atrás foi diagnosticada uma neoplasia do útero, cuja evolução foi fulminante, encontrando-se a senhora A aos cuidados do marido.

Esta doente foi acolhida na sala aberta do serviço de urgência e apesar dos cuidados imediatos de enfermagem, ela foi apenas observada pela equipa médica cerca de 45 minutos após a sua entrada. Durante a sua estadia na sala aberta, uma área do serviço reservada a doentes com alguma instabilidade médica, foi possível estabelecer diálogo com a doente, apesar da sua debilidade e cansaço extremo. Verbalizou-me por diversas vezes a vontade de regressar a casa e ao mesmo tempo a necessidade de controlar a dor referindo-me que preferia a morte imediata, em detrimento de todo o quadro clínico que foi vivendo ao longo dos 9 meses desde que soube do seu

sendo esta ainda mais propensa a internamentos e readmissões (Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). Esta situação foi observável durante não só o período que envolveu o estágio, mas também durante os dez anos de experiência profissional que possuo, mais concretamente os sete que vivenciei num serviço de urgência. A WHO (2011) estimou que, tendo em conta o envelhecimento da população, em 2030 a doença crónica atinja os 52 milhões de casos. Segundo Fontaine (2000), com o envelhecimento surge um número significativo de doenças crónicas, e com este, ocorre clinicamente, o aumento da queixa dolorosa na pessoa idosa. As doenças crónicas são a principal causa de morte, sendo responsáveis por mais mortes que as restantes doenças (WHO, 2011). As doenças cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes são as principais doenças crónicas com grande incidência entre os idosos e com agudizações e comorbilidades frequentes (WHO, 2013).

A senhora A., com uma patologia crónica, um cancro do útero, encontrava-se no dia da vinda ao serviço de urgência em contexto da agudização da sua doença crónica apresentando um prognóstico muito reservado. O tempo de espera a que foi

diagnóstico. Na sala de espera, os familiares aguardavam impacientes por notícias da senhora A. Foi permitida a sua entrada e foram esclarecidos relativamente à situação da senhora A naquele contexto. Foi pedida a colaboração da equipa médica para esclarecer o quadro clínico do ponto de vista médico, no entanto, a equipa não se encontrava disponível. Esta situação potenciou a insegurança e a ansiedade do marido e filhos desta doente. Por forma a minimizar este impacto foi permitida a presença destes familiares em algumas alturas, ao longo do turno, de acordo com a disponibilidade de espaço e sem colocar em causa a privacidade dos restantes doentes em sala aberta.

A senhora A, acabaria por passar a noite em sala aberta, com os familiares à espera de que a equipa médica lhes desse algum tipo de prognóstico da situação ou plano de intervenção.

submetida, deveu-se em grande parte à afluência acentuada da população a esse serviço de urgência naquele dia em particular, contribuindo ainda para essa situação os poucos recursos humanos do serviço. O fato de me encontrar em estágio, facilitou em grande parte o acolhimento da senhora A., permitindo que fosse iniciada uma relação de parceria consigo e seus familiares, estabelecendo o diálogo e conhecendo a pessoa e sua família. De fato, quem conhece a realidade dos serviços de urgência, assiste de perto aos longos tempos de espera por que passam as pessoas idosas para serem observadas e lhes prestarem cuidados de saúde, aumentando a sua vulnerabilidade e o seu grau de insatisfação (Dawood, Dobson & Banerjee, 2011; Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). Por outro lado, são as pessoas idosas que piores resultados apresentam em saúde, após o atendimento nos serviços de urgência com taxas de mortalidade mais elevadas e com maior dependência nas atividades de vida na altura da alta, sendo muitos deles admitidos, posteriormente em lares de 3.^a Idade (Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). A pessoa idosa necessita de cuidados adequados às suas necessidades, devendo, sempre que possível serem potenciadas as suas capacidades “de forma

segura, responsável e digna.” (Sequeira, 2010, p. XXII).

Nos cuidados de saúde, em particular nos serviços de urgência, é fundamental cuidar da pessoa idosa como ser único, com necessidades próprias e especificidades próprias da idade (Gomes, 2009; Dawood, Dobson & Banerjee, 2011; Gomes, 2013; Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). A admissão e avaliação da pessoa idosa num serviço de urgência podem ser complexas e demoradas e requerem, como tal, habilidades especializadas por forma a adequar o mais atempadamente os cuidados necessários (Dawood, Dobson & Banerjee, 2011; Ellis, Marshall & Ritchie, 2014). Enquanto aluna, em estágio, da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, pude prestar cuidados especializados à senhora A. e família, aprofundado a relação de parceria. No entanto, os meus cuidados não foram acompanhados pela equipa multidisciplinar desse dia. A equipa de enfermagem, mais desperta para as necessidades particulares desta população, e após as sessões de formação e conversas informais que efetuadas durante o estágio compreendeu a minha intervenção, e foi, ela própria que nos turnos subsequentes permitiu a participação da família no cuidado a esta doente.

A senhora A. acabaria no entanto por passar a noite na sala aberta daquele serviço, deitada numa maca, em nada adequada à pessoa idosa numa situação paliativa.

Os serviços de urgência, deverão ser espaços mais humanizados, onde os cuidados prestados sejam direcionados para a pessoa idosa, comportando uma equipa multidisciplinar com conhecimentos e práticas baseadas na evidência científica atual, que diminuam tempos de espera e que propiciem à pessoa idosa cuidados adequados à sua etapa de vida e de dependência, mas que ao mesmo tempo possuam uma estrutura acolhedora e ergonómica para esta população. Modelos de atuação que incluam cuidados especializados em geriatria e gerontologia demonstraram resultados positivos que incluem a diminuição da admissão, dependência e mortalidade desta população (Dawood, Dobson & Banerjee, 2011; Ellis, Marshall & Ritchie, 2014).

2.º MOMENTO

No dia seguinte, a senhora A. viria a ficar internada no serviço de observação do hospitalar, francamente debilitada, e em conjunto com a equipa médica presente nesse dia, foi possível falar com calma com a família, envolvendo-a no cuidado à

2.º MOMENTO

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, procura, em toda a sua prática, prestar cuidados que promovam “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento

doente e colaborando connosco na prestação de cuidados à pessoa idosa adotasse o melhor caminho para os intervenientes. A senhora A. acabaria mais tarde por falecer, no serviço de observação.

n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, p. 8650). Desta forma, após a revelação e o envolvimento com a senhora A. e sua família, foram prestados cuidados que os ajudassem a ultrapassar as dificuldades desta fase da doença, possibilitando a colaboração e a capacitação para o avançar progressivo da doença, comunicando e dando espaço para que verbalizassem os seus sentimentos. Foi assim possibilitada a continuação de cuidados por forma a concretizar-se o luto que este contexto implicava. Mais tarde, entre lágrimas, e após a morte da senhora A., o marido e a filha mais nova, reconhecendo os cuidados prestados e a disponibilidade oferecida, agradeceram o acompanhamento efetuado, afirmando que esta relação mais próxima os ajudou, embora não totalmente a suportar o sofrimento da sua perda. A equipa multidisciplinar, e eu em particular, adquirimos o sentimento de dever cumprido e a noção de que foram prestados cuidados humanizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Dawood, M., Dobson, A. & Banerjee, J. (2011). Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*. 19 (7), 18-19.

Ellis, G. , Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*. 9, 2033-2043.

Gomes, I. G. (2009). Cuidado de Si. A natureza da Parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento. Lisboa

Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653. Acedido em 17-04-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.

WHO (2011). *Global status report on noncommunicable diseases*. Acedido em 13-02-2015. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf.

WHO (2013). *Global action plan – For the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Acedido em 13-02-2015. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1.

APÊNDICE XVII:

Estudo de caso no SU/SO



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa

5º Curso De Mestrado Em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Enfermagem à Pessoa Idosa

3.º Semestre

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Estudo de caso no SU

***Prevenção da ITU: remoção do cateter urinário precocemente e
preparação para a alta da Pessoa Idosa***

Discente:

Vera Oliveira n.º5389

Docente:

Professora Idalina Gomes

Lisboa

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com relatório, inserida no plano de estudos do 3.º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano letivo de 2014/15, e realizado num Serviço de Urgência (SU) /Serviço de Observação (SO) de um hospital no distrito de Setúbal, que decorreu entre 10 de Novembro e 13 de Fevereiro de 2014.

A sociedade atual, envelhecida, acarreta consequências para os SU que se refletem pelo recurso acentuado da população idosa a estes serviços de saúde. Identificar precocemente complicações na pessoa idosa em situações de risco pode ser benéfica para os serviços de saúde e população idosa, canalizando cuidados especializados e recorrendo para tal a uma avaliação especializada e multidimensional com recurso a escalas de avaliação (Dawood, Dobson, & Banerjee, 2011; Ellis, Marshal & Ritchie, 2014).

Durante o período de estágio e tendo em conta a temática da prevenção da Infecção do Trato Urinário (ITU) na pessoa idosa foi escolhido um doente, após autorização verbal da família, para estudo e intervenção de acordo com o Modelo de Parceria de Gomes (2009, 2013). A colheita de dados e avaliação multidimensional da Pessoa Idosa, foi efetuada tendo como recurso um instrumento de colheita de dados elaborado tendo em conta as especificidades do SU e da pessoa idosa. Recorreu-se para tal à observação e diálogo com o Sr. M. e sua filha. O plano de cuidados foi estruturado tendo como recurso a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), levantando intervenções e adotando uma prática baseada no Modelo de Parceria (Gomes, 2009; Gomes, 2013).

Recorreu-se à CIPE por constituir uma linguagem que pretende ser comum e uniforme entre os contextos de práticas de cuidados de enfermagem, sendo aceite como processo científico nesse contexto (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005).

A elaboração deste estudo de caso pretende: (1) Efetuar uma abordagem individualizada em contexto de urgência à pessoa idosa e família promovendo o cuidado de Si e/ou do Outro; (2) Identificar e descrever os focos

de intervenção do enfermeiro especialista no presente estudo de caso, tendo em vista a melhoria da prestação de cuidados à pessoa idosa, na prevenção de ITU e outras complicações decorrentes do envelhecimento; (3) Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à Pessoa Idosa.

Este trabalho escrito encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, pretende-se demonstrar a colheita de dados efetuada apresentando o instrumento que deu suporte ao levantamento desses dados. O segundo capítulo refere-se à intervenção em parceria efetuada ao longo da relação estabelecida com o Sr. M e filha, pela implementação de um plano de cuidados e respetiva avaliação da intervenção.

1. COLHEITA DE DADOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Mais de metade da população idosa que recorre aos serviços de urgência é internada (Nolan, 2009). Um serviço de urgência é um serviço especializado em providenciar tratamento inicial a pessoas com um vasto leque de doenças e outras afeições, que na maioria das vezes colocam em risco as suas vidas (Nolan, 2009). A urgência é a porta de entrada para a instituição de saúde sendo este, o serviço que maioritariamente recebe esta população e como tal deverá estar apto a responder às necessidades específicas desta população.

A admissão da pessoa idosa em contexto de urgência constitui uma etapa fundamental no processo de cuidados, sendo fundamental conhecer a pessoa idosa e o seu projeto de vida (Nolan, 2009; Gomes, 2009; Gomes, 2013). Os profissionais de saúde deverão estar despertos não só para o contexto de urgência mas também para as especificidades da pessoa idosa, como ser de cuidados e de projeto, com características particulares decorrentes da idade e do meio ambiente onde se encontra inserida (Gomes, 2009; Gomes, 2013). Um dos aspetos considerados relevantes no que concerne à colheita de dados sobre a pessoa idosa diz respeito à pós-alta destes clientes, sendo necessário que os enfermeiros especialistas, e enfermeiros que efetuam a sua triagem e/ou admissão verifiquem os recursos na comunidade e o local para onde irá viver (Nolan, 2009). Um outro aspeto fundamental é a medicação, na medida em que, na sua maioria, os idosos encontram-se polimedicados, sendo necessário efetuar um levantamento da medicação que fazem no domicílio para verificar alterações clínicas do momento e possíveis interações com outras medicações instituídas, e ainda, para continuar com a medicação habitual do domicílio quando internados (Nolan, 2009). A admissão e a prestação de cuidados da pessoa idosa num serviço de urgência é complexa, demorada e exige cuidados especializados, sendo necessário uma colheita de dados pormenorizada, baseada numa avaliação multidimensional, atenta aos reais problemas da pessoa idosa, e num cuidado multidisciplinar (Ellis, Marshall & Ritchie, 2014).

Assim sendo, em seguida, apresenta-se a descrição do motivo de admissão e cuidados prestados nessa altura, tendo por filosofia a prestação de cuidados em Parceria, seguindo-se posteriormente a colheita de dados efetuada e o instrumento utilizado para essa recolha de informação.

1.1. Motivo de admissão no SU

Cerca das 14h30m o Sr. M. deu entrada na sala de reanimação do serviço de urgência. Foi trazida pelos bombeiros e triado, através do programa Alert® utilizando o sistema de Triagem de Manchester, por quadro de palpitações de início súbito, mal-estar geral e tonturas, sem outras queixas associadas, sendo-lhe atribuída a cor laranja. Foi transferido para a sala de reanimação, um espaço reservado à observação e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, adequado à realização de várias técnicas clínicas, local onde lhe foram prestados os cuidados imediatos. Antevia-se uma situação clínica grave, com necessidade de intervenção rápida, suspeitando-se de uma Fibrilhação Auricular (FA) com Resposta Ventricular Rápida (RVR).

1.2. Intervenção de Enfermagem na admissão da Pessoa Idosa recorrendo ao Modelo de Parceria

A colheita de dados num serviço de urgência corresponde à fase revelar-se do Modelo de Parceria de Gomes (2009, 2013). Segundo vários autores, por forma a evitar as readmissões e internamentos da Pessoa nos serviços de urgência, torna-se imprescindível efetuar um levantamento de dados específico e pormenorizado sobre cada individuo idoso (Veillette, Demers, Dutil & McCusker, 2009; Dawood, Dobson, & Banerjee, 2011; Legrain, et al 2011; Ellis, Marshal, & Ritchie, 2014). Alguns estudos referem assim que é importante avaliar o comprometimento funcional e cognitivo, e a presença de doenças crónicas que afetam o estado geral (Veillette, Demers, Dutil & McCusker, 2009; Dawood, Dobson, & Banerjee, 2011; Legrain, et al 2011; Ellis, Marshal, & Ritchie, 2014). É também importante a formação e educação dos profissionais de saúde da urgência para o recurso de instrumentos de avaliação específicos para a pessoa idosa, e avaliação dos sinais vitais, incluindo a dor. Na colheita de dados inicial ao serviço de urgência deve ser avaliado ainda a proveniência da pessoa idosa, as alterações próprias da idade, co-morbididades, risco de

queda, medicação habitual, identificação do cuidador principal (Veillette, Demers, Dutil & McCusker, 2009; Dawood, Dobson, & Banerjee, 2011; Legrain, et al 2011; Ellis, Marshal, & Ritchie, 2014).

Revelar-se: Nesta fase o enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa, contexto de vida e saúde, identidade, recursos, ambiente e o seu potencial de desenvolvimento e projeto de vida (Gomes, 2009; Gomes, 2013). Desta forma, descreve-se em seguida a interação com a pessoa idosa em contexto de urgência de acordo com esta fase do modelo.

1.2.1 História de doença atual e avaliação multidimensional

À chegada na sala de reanimação foi perguntado o nome ao doente, ao que respondeu chamar-se M.. Encontrava-se no entanto com alguns períodos de confusão mental, apresentando na avaliação da Escala de Coma de Glasgow uma pontuação de 14. Dado o contexto de urgência não foi possível aplicar o Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein. Pela observação imediata, o Sr. M. encontrava-se eupneico, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Foi explicado ao Sr. M. a necessidade de vigilância do seu estado pela monitorização assim como a necessidade de procedimentos mais invasivos ao que o Sr. M. respondeu: “Façam o que tiver de ser.”. O Sr. M. é monitorizado sob monitorização de traçado, tensão arterial não invasiva, saturação periférica de oxigénio e frequência respiratória, após informação e consentimento sobre estes procedimentos. Pela observação do monitor verifica-se: saturação de O₂ periférico de 97%, sem oxigenoterapia; frequência respiratória de 19 ciclos por minuto, a presença de um traçado arritmico, com frequências cardíacas na ordem dos 150bpm, sem presença de ondas P; e tensão arterial de 122/78mmHg. Durante a prestação de cuidados foi mantido o diálogo com o Sr. M. e foi possível verificar que se encontrava vígil, orientado na pessoa, colaborante mas ansioso. Procurou-se aprofundar os motivos da ansiedade, e constatou-se que seriam por o hospital ser um ambiente desagradável para o Sr. M. e em diálogo foi explicado que seria necessário, de momento a sua permanência naquelas instalações dada a sua descompensação.

O Sr. M. mantinha sensibilidade, coordenação, amplitude e simetria de movimentos nos quatro membros. A higiene corporal e integridade cutânea encontravam-se mantidas, apresentando uma pontuação na Escala de Braden à entrada de 16, ou seja de alto risco para o desenvolvimento de UPP.

Foi explicado ao Sr. M. a necessidade de espoliar os seus bens, ao que este recusou, exigindo a presença da filha. Dado este contexto, foi pedida a colaboração da filha, explicando a situação clínica deste doente, a necessidade de um provável internamento e a necessidade de espoliar os seus bens. A filha permaneceu na sala, acalmando o pai e colaborando, após negociação, na retirada dos seus bens. Seguindo então o protocolo do serviço foi espoliado de bens pessoais e ficou apenas vestido com bata de pano da instituição hospitalar e absorvente de proteção, mantendo a sua privacidade em todo este processo. Foi puncionado acesso venoso, no dorso da mão direita, e foi colhido sangue para análises. Ficou com acesso obturado para administração de terapêutica. Utilizando máquina de BM teste, foi ainda realizada uma pesquisa de glicémia capilar, constatando-se um valor de glicémia de 190 mg/dL. Em sala de reanimação foi também realizado ECG e raio X. Após observação médica do ECG, constatou-se como diagnóstico uma FA com RVR. Por indicação médica foi iniciada impregnação de amiodarona (300mg em 100cc de G5%) e manteve-se a doente sob monitorização. Cerca das 14h50 apresentava queixas álgicas, referindo dor 5, na Escala Numérica da Dor a nível torácico, e é administrado por indicação médica paracetamol, 1gr., endovenoso, com efeito.

Dada a situação de cuidados críticos, com necessidade de vigilância do débito urinário, e por se verificar que o Dr. M. se encontrava com globo vesical, houve necessidade de o algaliar. Assim sendo após explicação ao Sr M. da presente situação, e referindo o doente que sentia desconforto acentuado na região suprapúbica, foi algaliado com uma foley n.º14, introduzindo cerca de 15cc de água bidestilada no balão, e apresentando saída imediata de cerca de 500cc de urina clara. O cateter vesical foi clampado, por forma a evitar lesões na bexiga. Em todo este processo houve o cuidado de ir explicando os respetivos procedimentos ao Sr. M., dando-lhe espaço para intervir e colocar as suas dúvidas.

Para estabilização do quadro clínico, ficou internado em SO, para vigilância, monitorização contínua, e para iniciar perfusão de amiodarona. Recorrendo ao instrumento de avaliação do risco de quedas, a Escala de Morse, verificou-se que o Sr. M. apresentava uma pontuação de 60, o que significa que existe um alto risco de queda, sendo necessário a implementação de intervenções de enfermagem. Neste SU não é prática comum a avaliação do risco de quedas, no entanto, por se considerar pertinente na avaliação multidimensional da Pessoa Idosa, foi incluída do instrumento de colheita de dados criado para o SU, e foi aplicada ao Sr. M..

Foi ainda avaliada a capacidade Funcional, obtendo uma pontuação de 20 no Índice de Barthel, o que significa que se encontra “Severamente dependente”.

1.2.2. Caracterização sócio-demográfica

O Sr. M., doente do sexo masculino, nacionalidade portuguesa e de raça caucasiana, nasceu na cidade de Setúbal, em 1931, contando atualmente com 84 anos de idade. Segundo a filha gosta de ser tratado por M.. Encontra-se aposentado há já vários anos.

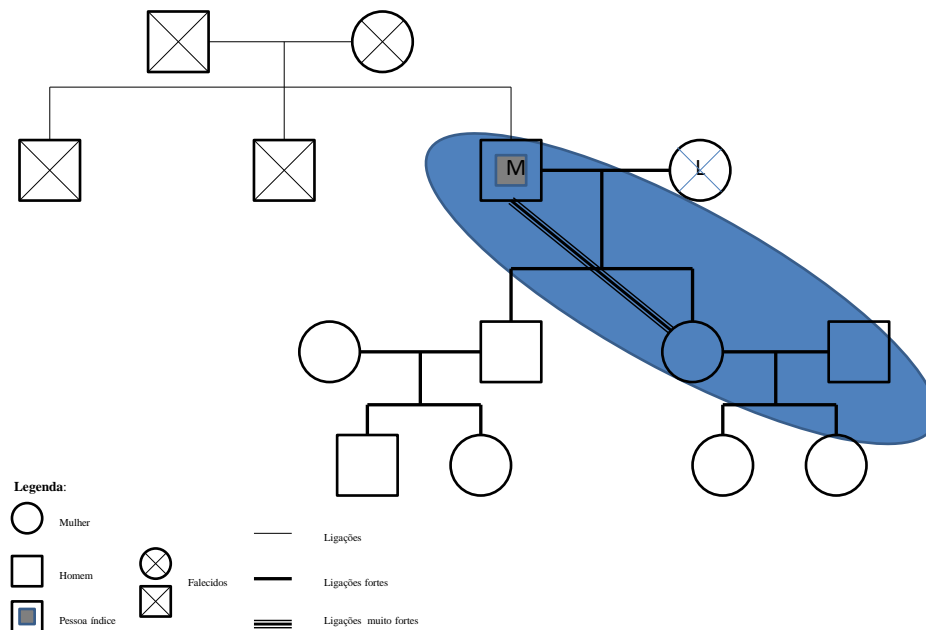
O Sr. M foi casado, mas a sua esposa faleceu há dois anos atrás. Do seu casamento teve dois filhos, um rapaz e uma rapariga, casados de momento, e com filhos. Atualmente vive com a filha, a D.^a A, e com a sua família (marido e duas filhas), desde que foi submetido a cirurgia por fratura do colo do fémur direito, e desde então acamado, com quem mantém relações fortes apesar da sua demência.

O Sr. M. conhecia toda a vizinhança e mantinha algumas relações de amizade fortes, que se perderam após a cirurgia a que foi submetido.

1.2.3. Genograma

O genograma é um instrumento de avaliação familiar adequado para a realização de estudos que englobam a dinâmica e estrutura familiares, e consiste numa representação esquemática da composição da família e suas relações, através de símbolos padronizados, em pelo menos três gerações (Wendt & Crepaldi, 2008).

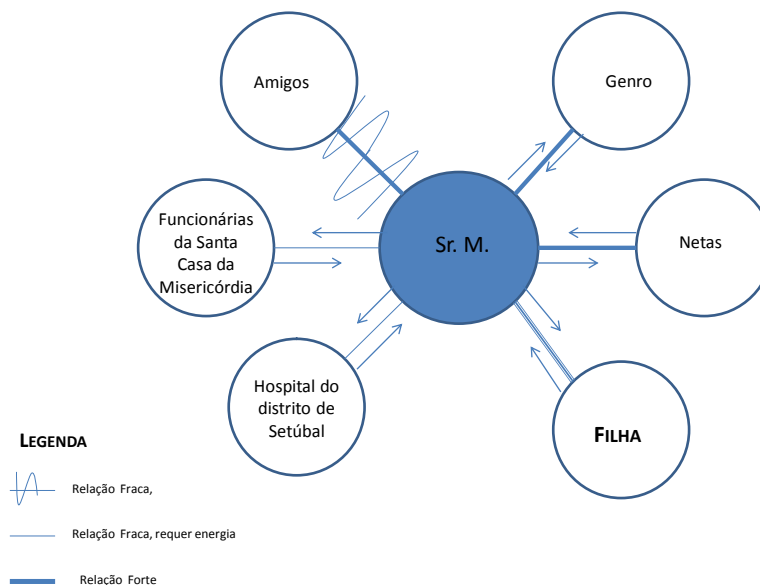
Figura 1: Genograma do Sr. M.



1.2.4. Ecomapa

À semelhança do genograma, o ecomapa, faz parte dos instrumentos de avaliação familiar. No entanto, o ecomapa pretende esquematizar as relações e ligações da família com o meio onde habita, enquanto o genograma pretende identificar as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família (Agostinho, 2007). É possível assim verificar o tipo de relações mantidas pelo Sr. M., verificando que não possui de momento relações próximas a não ser com as pessoas com quem vive (filha, genro e netas). A filha, em diálogo, referiu que o Sr. M. era muito ativo socialmente, mas após o diagnóstico da demência e em particular a cirurgia ortopédica que efetuou, o isolaram dos contactos existente, tendo esporadicamente a visita de alguns conhecidos e amigos. O hospital é uma instituição a que recorre, tendo-se inclusive verificado dois internamentos anteriores, um pela cirurgia e outro por uma infeção do trato urinário. É ainda seguido em consulta de cardiologia e neurologia na mesma instituição.

Figura 2: Ecomapa do Sr. M.



1.2.5. Antecedentes pessoais

Não são conhecidas alergias nem a alimentos, nem a medicamentos. Não há história de hábitos alcoólicos ou tabágicos.

A 23 janeiro de 2014, apresentou queda no domicílio de que resultou em fratura do colo do fémur esquerdo, sendo submetido a cirurgia. Em Junho de 2009, foi-lhe diagnosticada diabetes *mellitus* insulino dependente e um síndrome demencial, em consulta com o seu médico de família. Em dezembro de 2009 em consulta de rotina e após realização de exames é-lhe diagnosticada uma arritmia, sendo medicado com tromalyt. É também nesta altura que se verifica a HTA, mas fica apenas com terapêutica prescrita em SOS. Antes do recurso ao SU, o Sr. M. encontrava-se com a seguinte terapêutica: Fluoxetina 20mg (pequeno almoço); Tromalyt 150mg (pequeno almoço); Axura 10mg (pequeno almoço) e Insulina (ação lenta).

1.3. Instrumento de colheita de dados preenchido

Em seguida encontra-se o instrumento de colheita de dados, estruturado de acordo com as necessidades de avaliação da pessoa idosa num serviço de urgência.

RESUMO MÍNIMO DE DADOS

Serviço de Urgência

1. Identificação

NOME	M.P.M.
COMO GOSTA DE SER CHAMADO	M.
IDADE	84
PROFISSÃO	Comerciante
PROVENIÊNCIA	Casa
CUIDADOR FAMILIAR	Filha – C.S. O. M.

2. Antecedentes Pessoais

História de saúde: fumou até há cerca de 1 ano; nega hábitos alcoólicos; foi submetido a cirurgia ortopédica há cerca de 1 ano, por queda, altura em que ficou acamado. Diagnosticada síndrome demencial, arritmia e diabetes *mellitus* em consulta com o médico de família.

História familiar: reside com a filha e o genro, e duas netas.

3. Medicação habitual

Fluoxetina 20mg (pequeno almoço); Tromalyt 150mg (pequeno almoço); Axura 10mg (pequeno almoço) e Insulina (ação lenta).

4. Avaliação do estado de Consciência

Escala de Glasgow:

Abertura Ocular	Espontânea	X4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos	X6
	Localização dor	5

	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	X4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1

SCORE TOTAL = 14

5. Avaliação cognitiva se score de glasgow ≥ 13

MiniMental State (Não avaliada neste doente por ser impossível):

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____

Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____

Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____

Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem,

consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim

até eu lhe dizer para parar”.

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. “Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA” _____

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar

a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

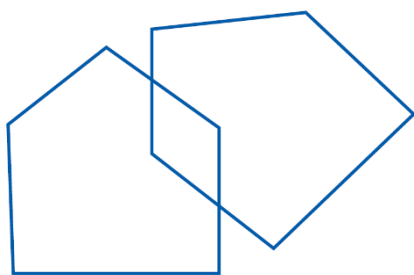
d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



TOTAL(Máximo 30 pontos):_____

6. Avaliação funcional


Índice de Bartlhel:

ITENS	ABVD	Cotação
Alimentação	<u>Independente</u> (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	X10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda para cortar, levar a boca etc.)	5
	<u>Dependente</u>	0
Vestir	<u>Independente</u> (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	<u>Dependente</u>	X0
Banho	<u>Independente</u> (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	<u>Dependente</u>	X0
Higiene Pessoal	<u>Independente</u> (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	X5
	<u>Dependente</u>	X0
Uso da casa de banho	<u>Independente</u> (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	<u>Dependente</u>	

		X0
Controlo intestinal	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	
	<u>Incontinência fecal</u>	5
		X0
Controlo vesical	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5
	<u>Incontinente ou algaliado</u>	X0
Subir escadas	<u>Independente</u> (Sobe e desce as escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	<u>Dependente</u>	X0
Transferência cadeira-cama	<u>Independente</u> (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	<u>Necessita de ajuda mínima</u> (Ajuda mínima e supervisão)	10
	<u>Necessita de grande ajuda</u> (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	X5
	<u>Dependente</u>	0
Deambulação	<u>Independente</u> (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15
	<u>Necessita de ajuda</u> (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	<u>Independente com cadeira de rodas</u> (anda pelo menos 50 metros)	5
	<u>Dependente</u>	X0

Pontuação total = **20 (Severamente dependente)**

7. Exame físico: dentição, audição e visão

Pele e Mucosas	Coradas e hidratadas
Dentição (uso de prótese)	Prótese dentária
Acuidade auditiva (uso de prótese)	Não usa.
Acuidade visual (uso de óculos)	Já usou.
Sinais Vitais	
-Tensão Arterial	123/78mmHg
-Frequência Cardíaca	92 bpm
- Temperatura	36,7 °C
- Glicemia capilar (se aplicável)	190mg/dL
Dor (Escala da dor)	5
	
Altura (se possível)	1,60 m (+/- segundo a filha)
Peso (se possível)	64 Kg (+/- segundo a filha)
IMC (se pertinente) = $\frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$ <16 – Magreza grave 16 a < 17 – Magreza moderada 17 a < 18,5 – Magreza leve 18,5 a <25 – Saudável 25 a < 30 – Sobrepeso 30 a <35 – Obesidade Grau I	IMC = 25 (Saudável)

35 a <40 – Obesidade Grau II (severa)	
≥ 40 – Obesidade Grau III (mórbida)	

8. Risco de Queda

Escala de Morse (preencher em alert):

<i>Morse Fall Scale - Versão original¹³</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed rest/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

TOTAL SCORE: 60 (Alto Risco)

Resultado:

0-24 – Baixo Risco

25-44 – Médio Risco

≥45 - Alto Risco

9. Risco de UPP

Escala de Braden (preencher em alert):

					10. 02			
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	4			
	OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.					
Humidade	1. Pele constantemente húmida:	2. Pele muito húmida:	3. Pele ocasionalmente húmida:	4. Pele raramente húmida:	3			
Nível de exposição da pele à humidade	A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.				
Actividade	1. Acamado:	2. Sentado:	3. Anda ocasionalmente:	4. Anda frequentemente:	2			
Nível de actividade física	O doente está confinado à cama.	Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.				
Mobilidade	1. Completamente imobilizado:	2. Muito limitada:	3. Ligeiramente limitado:	4. Nenhuma limitação:	2			
Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.				
Nutrição	1. Muito pobre:	2. Provavelmente inadequada:	3. Adequada:	4. Excelente:	4			
Alimentação habitual	Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasional-mente entre as refeições. Não requer suplementos.				
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema:	2. Problema potencial:	3. Nenhum problema:		1			
	Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.					
Pontuação total					16			

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

10. Necessidade de apoio social/domiciliário

Antes do internamento em SO tinha apoio no domicílio de voluntárias da Santa Casa da Misericórdia de Setúbal que o auxiliavam na prestação de cuidados de higiene e conforto no leito, e auxiliavam a efetuar levante para cadeirão. Os restantes cuidados eram providenciados pela filha, que se encontra desempregada.

2. DIAGNÓSTICOS E PLANEAMENTO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Em contexto de urgência é importante que os enfermeiros prestem cuidados de enfermagem em situação crítica de elevada qualidade, baseados na evidência científica, de forma a garantir a resposta adequada às necessidades da Pessoa Idosa (Dawood, Dobson & Banerjee, 2011).

Dada a grande carga de trabalho e variedade de situações graves, os enfermeiros neste contexto lutam diariamente para promover cuidados de qualidade à pessoa idosa (Dawood, Dobson & Banerjee, 2011). No entanto, a pessoa idosa precisa de cuidados especializados e é necessário disponibilizar tempo e envolvimento com a pessoa idosa e/ou família, por forma a capacitar os intervenientes neste processo para que o doente atinja os objetivos negociados e assim prosseguir com a sua trajetória de vida (Gomes, 2009; Gomes, 2013).

2.1. Diagnósticos de enfermagem

A prestação de cuidados num serviço de urgência passa pelo levantamento de necessidades da pessoa idosa, e com este, torna-se imprescindível o envolvimento.

Envolver-se: Nesta fase o enfermeiro providencia tempo e disponibilidade para estabelecer uma relação mais profunda com a pessoa idosa e família procurando criar uma relação de confiança. É ainda nesta fase que se clarificam as metas que devem ser atingidas, aprofundando conhecimentos sobre os intervenientes no que diz respeito à sua capacidade para desenvolver a autonomia (Gomes, 2009; Gomes, 2013).

Tendo em conta a história atual da pessoa e a avaliação multidimensional, na altura do internamento, foi disponibilizado tempo e informação ao doente e família, acerca da necessidade de internamento e sobre os problemas identificados, procurando aprofundar o conhecimento sobre as experiências do Sr. M. em internamentos anteriores. Em conjunto com a família, e explicando as implicações da situação clínica e internamento foram

levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem, tendo como recurso a CIPE:

- A. Risco de Infecção Urinária (pela presença de cateter urinário);
- B. Conhecimento sobre sinais de infecção não demonstrado;
- C. Risco de Úlcera Por Pressão em grau elevado (pontuação na escala de Braden de 16);
- D. Risco de queda em grau moderado (pontuação na escala de Morse de 60).
- E. Arritmia instável

2.2. O plano de cuidados

Na prestação de cuidados é importante estabelecer uma parceria com a pessoa idosa e família, centro da nossa intervenção, incentivando-a a participar na tomada de decisão, em conjunto com a equipa multidisciplinar. (CIPE, 2009). Obter resultados, e como tal ganhos em saúde, pressupõe a adesão da pessoa idosa na planificação de cuidados que é efetuada, envolvendo tal processo muitas atividades por parte desta (CIPE, 2009). Na busca pelas boas práticas dos enfermeiros, prestadores de cuidados, são a peça fundamental para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão (CIPE, 2009). Compete ao enfermeiro: • avaliar o risco de não-adesão, identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão; proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para à pessoa idosa, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao tratamento (CIPE, 2009).

Assim o enfermeiro deve capacitar a pessoa idosa e/ou família para que estes sejam capazes de aderir a práticas de cuidados seguras e que promovam a saúde e bem-estar (Gomes, 2009; Gomes, 2013).

Capacitar ou Possibilitar: Nesta fase, o enfermeiro procura desenvolver competências para agir e decidir da pessoa idosa e/ou família, considerando as suas experiências e significados, possibilitando assim a concretização do plano de cuidados e com ele o projeto de vida, havendo a partilha de responsabilidade e poder, adequando intervenções. A família ou enfermeiro assumem esse poder quando a Pessoa Idosa não é capaz ou se

encontra parcialmente debilitada, de que são exemplo algumas situações de internamento (Gomes, 2009; Gomes, 2013)

Já em SO, após internamento do Sr. M. para monitorização do seu estado clínico o diálogo manteve-se. Foi permitida a presença da filha nos primeiros momentos da sua permanência nesta parte do serviço, por forma a acalmá-lo e por forma a incitar a relação de parceria. Algumas das intervenções foram realizadas em contexto de urgência, solicitando pequena colaboração do Sr. M., no entanto, agora em internamento, foram acordadas algumas atividades com necessidade da sua colaboração que diziam respeito à manutenção do cateter vesical, controlo da infeção, manutenção da monitorização eletrocardiográfica, utilização de absorvente, alimentação e hidratação, controlo da ansiedade, presença de pessoa significativa e alternância de decúbitos. A presença da filha foi importante para compreender as necessidades de cuidados e as preferências Sr. M.. Foram também transmitidos conhecimentos à filha relativamente aos cuidados de manutenção do cateter vesical, controle de infeção e hidratação já que ela se encontrava junto do Sr. M., e uma vez que ela também era parceira de cuidados. Foi explicado que à partida o Sr. M, não iria algaliado para o domicílio após a alta, mas que por enquanto era necessário este dispositivo, sendo importante a sua intervenção, em termos de vigilância e até mesmo de cuidados na ausência de um enfermeiro à cabeceira deste doente.

Comprometer-se: Nesta fase ocorre a reunião de esforços conjuntos com o intuito de concretizar os objetivos delineados, isto é, o enfermeiro dá apoio à pessoa idosa/família para que esta se comprometa perante os objetivos, tendo em conta o que faz sentido para a sua vida. Desta forma o enfermeiro garante que os intervenientes possam vir a assumir o cuidado de Si próprio/cuidado do Outro.

Tendo em conta a sua individualidade e os diagnósticos levantados, foram implementadas as estratégias e foi acordado em quais o Sr. M. e filha iriam colaborar, antevendo ainda intervenções importantes para manter no domicílio, em conjunto.

Assumir ou assegurar o cuidado de Si ou do Outro: Constitui a última fase do Modelo de Parceria e apresenta uma dupla faceta. Assumir o cuidado de si e Assegurar o cuidado do outro. Nesta fase pretende-se que a pessoa idosa assegure a capacidade de assumir e controlar o seu projeto de vida e de saúde, sendo capaz de tomar decisões adequadas a Si., promovendo o seu próprio conforto e bem-estar. Quando esta não é capaz de assegurar esse cuidado, a família ou o enfermeiro, asseguram por Si estes cuidados e garantem a sua trajetória de saúde.

Para cada diagnóstico levantado, relativamente à necessidade de cuidados do Sr. M. foram definidos indicadores de avaliação, que traduzem ganhos em saúde).

A existência de um plano de cuidados constitui um pré-requisito para medir a qualidade e os resultados dos cuidados de enfermagem prestados, podendo de fato afetar a satisfação da Pessoa Idosa em relação à assistência individual, participação e tempo de internação hospitalar (Jansson, Pilhammar-Andersson & Forsberg, 2010).

Com a implementação de um plano de cuidados em Parceria com a pessoa idosa e com a família é mais fácil conseguir atingir os resultados pretendidos, pois são realizadas intervenções de enfermagem de acordo com o conhecimento prévio da pessoa, integrando-a como sujeito ativo e fundamental na sua recuperação e bem-estar.

Com a implementação das intervenções de enfermagem, após negociação e colaboração do Sr. M. e filha, este manteve-se calmo durante o internamento, colaborando de acordo com as suas potencialidades. A equipa de enfermagem, constatou a melhoria de comportamento do Dr. M. quando a sua filha se encontrava presente, o que permitiu a sua permanência no SO, em alguns turnos e períodos. A filha também foi incentivada a participar nos cuidados e o diálogo com esta foi também estimulado. Não se verificaram quedas nem aparecimento de UPP no Sr. M.. Os conhecimentos relativos aos vários problemas identificados no Sr. M. foram partilhados, consigo e com a sua filha com o intuito de diminuir complicações pós-alta e foi reforçado positivamente os conhecimentos e intervenções dos dois intervenientes. Foi assim possibilitado o assumir o cuidado de Si, por parte do Sr. M. de acordo

com as suas potencialidades e o assumir o cuidado do outro pelas intervenções e aquisição de conhecimentos da sua filha.

Os diagnósticos (foco e juízo), as intervenções de enfermagem desenvolvidas na primeira visita e respetivos indicadores de avaliação são apresentados na tabela seguinte:

.

Diagnóstico De Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Indicadores de avaliação
Risco de infecção urinária	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Remover cateter urinário precocemente – avaliar necessidade de manter cateter urinário no turno da manhã; ✓ Ensinar a filha e doente relativamente à manutenção do cateter urinário durante a sua permanência no SO. ✓ Instruir a filha sobre os cuidados inerentes à prevenção da ITU (hidratação, vigilância; manutenção do sistema de drenagem urinária, higiene diária), durante a sua permanência no SO; ✓ Vigiar a eliminação urinária; ✓ Vigiar sinais de infeção; ✓ Incentivar a ingestão hídrica oral e instruir a filha para este cuidado durante a sua permanência junto do pai; ✓ Fornecer água de hora a hora, ou chá e gelatina em algumas alturas do dia; ✓ Avaliar temperatura 1 vez por turno; ✓ Instruir a filha para os cuidados inerentes caso o doente tenha necessidade de permanecer com cateter vesical após a alta. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Na manhã seguinte foi avaliada a necessidade de permanecer algaliado, mas face ao contexto de descompensação cardíaca não foi possível retirar. O cateter urinário foi retirado no dia da alta. ✓ Apresentou ao logo dos turnos bom débito urinário, de urina clara, sem presença de sedimento; ✓ O Sr. M. pede água, sendo providenciada e auxiliado na ingestão. ✓ Na presença da filha, ela providencia e incentiva a ingestão hídrica. ✓ A filha teve o cuidado de, quando presente promover a manutenção do sistema urinário, sendo ela muitas das vezes a aconselhar o pai a cuidar do sistema de drenagem urinária. ✓ O Sr. M. manteve-se apirético durante o período de internamento.
Conhecimento sobre sinais de infeção não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir a família e o Sr. M. sobre sinais de ITU; ✓ Ensinar sobre autocontrolo infeção ao Sr. M. e sua filha; ✓ Ensinar sobre medidas de prevenção de contaminação ao Sr. M. e sua filha; ✓ Ensinar sobre vigilância de infeção, ao Sr. M e sua filha. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Em diálogo com a filha do Dr. M., durante o período da visita, esta manifesta conhecimentos sobre a prevenção de contaminação e sinais de ITU. ✓ A filha do Sr. M. manifesta ainda conhecimentos sobre vigilância de infeção.
Risco de Úlcera Por Pressão (UPP), presente em grau moderado (pontuação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar o Sr. M. e filha relativamente ao risco de desenvolver UPP, explicando o que é, como se desenvolve, quais os fatores de risco e sinais e sintomas; ✓ Avaliar o risco de desenvolvimento de UPP 1 vez por dia e 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Na admissão do Sr. M. no internamento em urgência, foi colocado colchão anti-escaras e foi explicado o seu motivo a si e à sua filha. ✓ A avaliação do risco de UPP foi avaliado ao longo da permanência deste doente em SO obtendo sempre a mesma pontuação (16).

de 16)	<p>implementar medidas adequadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar os fatores de risco de modo e intervir precocemente; ✓ Instruir a família sobre cuidados inerentes à prevenção de UPP's, preparando para a alta; ✓ Instruir a família sobre os recursos preventivos disponíveis e sua utilização; ✓ Disponibilizar suporte escrito do serviço relativo a esta complicação; ✓ Colocar colchão anti escaras na cama; ✓ Utilizar lençol dobrado (resguardo) nos posicionamentos e transferências ✓ Incentivar alimentação equilibrada; ✓ Vigiar a pele diariamente; ✓ Posicionar a pessoa idosa de acordo com o seu grau de tolerância/necessidade; ✓ Evitar a humidade, mantendo a pele limpa, seca e hidratada; ✓ Providenciar mudanças de absorvente frequentemente; ✓ Aplicação de creme hidratante e vitamina A; ✓ Não efetuar massagem nas proeminências ósseas; ✓ Providenciar uma alimentação adequada de acordo com a sua patologia e necessidades nutricionais; ✓ Instruir para uma alimentação equilibrada e com aporte proteico; ✓ Estimular a ingestão de líquidos; ✓ Promover a sua alimentação de forma autónoma; ✓ Vigilância de dor. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A filha demonstra conhecimentos sobre cuidados inerentes à prevenção da UPP, verificáveis através do diálogo. À entrada foi possível verificar que este doente apresentava pele íntegra. ✓ Os posicionamentos foram efetuados ao longo dos turnos, de acordo com os registos de enfermagem observados. ✓ O Sr, M. alimenta-se bem às refeições e ingere água ao longo dos turnos. ✓ Não referiu queixas álgicas.
Risco de Queda em grau moderado (pontuação de 60)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir a filha e o Sr. M. sobre os riscos de queda durante o período de internamento e medidas a adotar no pós-alta; ✓ Manter a cama travada; ✓ Manter as grades da cama elevadas; ✓ Providenciar utensílios em locais acessíveis ao Sr. M.; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A filha demonstra conhecimentos relativamente ao risco e prevenção de quedas. ✓ Durante o internamento não houve necessidade de conter fisicamente o Sr. M. e este não apresentou quedas.
Confusão mental	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar o estado de consciência do Sr. M. 1 vez po turno, recorrendo à Escala de Coma de Glasgow; ✓ Recorrer a estratégias de comunicação eficazes – utilizar tom de 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Durante o tempo de internamento, o Sr. M. apresentou alguns períodos de confusão mental,

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ voz calmo e pausado; ✓ Tratar o Sr. M. pelo nome pelo qual gosta de ser chamado; ✓ Explicar procedimentos a serem realizados; ✓ Promover um ambiente seguro e calmo; ✓ Reduzir ruídos desnecessários como alarmes dos monitores; ✓ Apagar luzes que se encontrem perto do doente, no período noturno; ✓ Utilizar dispositivos de segurança (elevant grades do leito, manter cama travada); ✓ Aplicar dispositivos de segurança (grades do leito elevadas, manter a maca na posição mais baixa e travada); ✓ Vigiar sinais de ansiedade, desorientação e confusão; ✓ Vigiar dor, com recurso à escala da dor existente no sistema informático; ✓ Ensinar a filha sobre a demência e sintomas e comportamentos associados; ✓ Instruir a filha acerca de estratégias e formas de lidar com mudanças de comportamento no domicílio; ✓ Proporcionar a presença da filha durante o internamento, sempre que possível. 	<p>facilmente controlados com explicações e orientações espaciais. Não houve necessidade de contenção física nem recurso a terapêutica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A filha demonstrou, em conversas posteriores, conhecimentos sobre a demência e algumas estratégias que pode utilizar no controlo de períodos de confusão mental.
Arritmia instável	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar a FA; ✓ Contabilizar o registo da diurese, e se possível, realizar o balanço hídrico; ✓ Monitorizar continuamente os sinais vitais; ✓ Administrar terapêutica antiarritmica, e outras, de acordo com prescrição médica; ✓ Vigiar e controlar os efeitos secundários da terapêutica administrada; ✓ Ensinar o Sr. M. e filha sobre a arritmia; ✓ Instruir sobre sinais e sintomas associados à arritmia e medidas a adotar caso se verifiquem. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A situação clínica estabilizou, e o Sr. M. teve alta dois dias depois da sua entrada no serviço de urgência. ✓ A filha revelou conhecimentos acerca de sinais e sintomas associados a esta descompensação e necessidade do Sr. M. cumprir a terapêutica.
Ansiedade, demonstrada em grau	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mostrar disponibilidade e tempo para o Sr. M.; ✓ Esclarecer dúvidas; ✓ Explicar os procedimentos e decidir estratégias em conjunto com o Sr. M. que promovam o seu projeto de vida e saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pela implementação destas intervenções, em contexto de reanimação, o nível de ansiedade do Sr. M. reduziu e foi possível a negociação de

moderado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compreender as suas limitações no contexto de um serviço de urgência; ✓ Promover expressão de sentimentos e preocupações; ✓ Permitir a presença da filha, primeiro em sala de reanimação, e posteriormente no SO de acordo com a sua disponibilidade e de acordo com as necessidades do Sr. M.. 	<p>estratégias para debelar a FA com RVR, e seu posterior internamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Em SO, na presença da filha, a prestação de cuidados e negociação também se tornou mais facilitadora de um ambiente calmo e mais colaborativo, e os níveis de ansiedade do Sr. M. foram reduzindo à medida que a situação clínica era debelada.
----------	---	---

CONCLUSÃO

A pessoa idosa, na prestação de cuidados, deve ser abordada de forma individual e diferenciada, atendendo ao seu percurso de vida de forma a promover o bem-estar individual (Sequeira, 2010). Efetuar uma avaliação multidimensional à pessoa idosa que é admitida no serviço de urgência deverá ser uma preocupação e um cuidado especializado, efetuado por profissionais de enfermagem diferenciados.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve, na área da pessoa idosa, conhecer não só as patologias crónicas e agudas frequentes neste grupo etário, como deve ser capaz de efetuar uma avaliação multidimensional por forma a identificar problemas e intervir de forma efetiva, diminuindo a incapacidade da pessoa idosa, permitindo a colaboração da família/pessoa significativa neste processo.

Num serviço de urgência é possível intervir em Parceria com a pessoa idosa e família e individualizar cuidados. Compete ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa idosa intervir com disponibilidade e tempo e prestar cuidados individualizados e diferenciados (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). À semelhança do estudo de caso realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade, durante o período inicial do estágio, com a prestação de cuidados à pessoa idosa e concretização deste estudo de caso, foi possível desenvolver competências, de acordo com o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, nos seguintes domínios:

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pela promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Domínio da melhoria contínua da qualidade: pela colaboração e gestão de programas de melhoria contínua da qualidade;
- Domínio da gestão de cuidados: pela gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e adequando a prestação de cuidados à individualidade da Pessoa Idosa e família;

- Domínio das aprendizagens profissionais: pelo desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade e pelo recurso a uma praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. (OE, 2010).

Considero, após a realização deste estudo de caso, que as instituições de saúde, em particular os serviços de urgência deveriam possuir equipas especializadas no cuidado à pessoa idosa, ou, à semelhança do que acontece na área da Pediatria e Saúde Materna, deter um serviço de urgência vocacionado para o atendimento da pessoa idosa em situação crítica, já que também se trata de uma população com características necessidades específicas.

Cuidados específicos à pessoa idosa podem reduzir o tempo de permanência ou de readmissões num serviço de urgência, devendo por isso incluir estratégias que promovam a sua segurança na admissão ao serviço de urgência. Neste serviço de urgência em particular, a melhoria da prestação de cuidados à Pessoa Idosa pode passar pela realização de uma colheita de dados direcionada para esta população, podem ser um recurso, o registo desta colheita em folha de registo realizada para o efeito de semelhante à utilizada neste estudo de caso (Nolan, 2009; Dawood, Dobson & Banerjee, 2011; Ellis, Marshal. & Ritchie, 2014).

Por isso, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa deverá garantir uma prestação de cuidados tendo como centro da sua intervenção a pessoa idosa e família, baseando esses cuidados, em conhecimentos sólidos e permanentemente atualizados, por uma busca contínua da qualidade de cuidados com o fim máximo de permitir a progressão do projeto de saúde e de vida desta população, assegurando uma o mínimo de défices possíveis após um internamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral – Dossier família*, 23, 327-370.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *CIPE/ICNP – Classificação Internacional para a prática de enfermagem - Beta 2. 3.ªEd.*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Dawood, M., Dobson, A. & Banerjee, J. (2011). Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*. 19 (7), 18-19.
- Ellis, G. , Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*. 9, 2033-2043.
- Gomes, I. G. (2009). Cuidado de Si. A natureza da Parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento. Lisboa
- Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* 77-110. Loures: Lusociência.
- Jansson, I., Pilhammar-Andersson, E. & Forsberg, A. (2010). Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing-sensitive outcome indicators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16 (3), 611-618.
- Legrain, S., Tubach, F., Bonnet-Zamponi, D., Lemaire, A., Aquino, J., Paillaud, E.,... Lacaille, S. (2011) A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency visits and rehospitalizations of older adults:

The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. *The American Geriatrics Society*. 59(11).2017-2028.

Nolan, M.R. (2014). Older patients in the emergency department. *Journal of gerontological nursing*, 35 (12), 14-18.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República 2.ª série*, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653. Acedido em 17-04-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.

Veillette, N., Demers, L., Dutil, É. & McCusker, J. (2009) Item analysis of the functional status assessment of seniors in the emergency department. *Disability and Rehabilitation*. 31(7). 565-572.

Wendt, N. C. & Crepaldi, M. A. (2008). A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302-310. Acedido em 15-11-2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n2/a16v21n2.pdf>.

APÊNDICE XVIII:

Apresentação do projeto à equipa de enfermagem do SU/SO

Apresentação do projeto à equipa de enfermagem do SU/SO



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica -Vertente Pessoa Idosa

A prevenção da infeção do trato urinário na pessoa idosa: a intervenção de enfermagem - Projeto -

10 DE NOVEMBRO DE 2014 A 13 DE FEVEREIRO 2015

Discente: Vera Oliveira, Nº 5389
Sob Orientação de: Professora Doutora
Idalina Gomes

Setúbal, Novembro de 2014

AGENDA

Introdução

1. Identificação do Projeto
2. Componente Científica e Formativa
 - 2.1. PERTINÊNCIA DO PROJETO
 - 2.2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA
 - 2.3. AS GUIDELINES DE 2009
 - 2.4. QUADRO DE REFERÊNCIA E CONCEÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS
3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS
 - 3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO
 - 3.2. FINALIDADE
 - 3.3. OBJETIVOS DO PROJETO
 - 3.4. FASES DO PROJETO E ATIVIDADES PROPOSTAS

Conclusão

INTRODUÇÃO

- As IACS são um obstáculo ao tratamento apropriado da pessoa doente, constituindo uma causa de significativa morbi-mortalidade e de consumo acrescido dos recursos hospitalares e comunitários
- Cerca de um terço das IACS são evitáveis.
- A ITU não é um problema recente, no entanto, é das doenças adquiridas a nível hospitalar mais frequentes, estando o seu impacto associado à algaliação.

DGS (2013). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

Newman, D. K. & Willson, M.M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. Urologic Nursing, 31(1), 12-29.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

TEMA: IACS, nomeadamente as ITU na pessoa idosa.

TÍTULO: *A prevenção da ITU na pessoa idosa: a intervenção de enfermagem.*

PALAVRAS CHAVE: IACS; ITU; Pessoa Idosa; Intervenções de Enfermagem.

DATA DE INÍCIO: 29 de Setembro de 2014

DURAÇÃO: 5 meses

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

- Unidade de Cuidados na Comunidade - Setúbal;
- Hospital de Referência na prevenção da ITU;
- Hospital do distrito de Setúbal – SUG e CCI.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.1. PERTINÊNCIA DO PROJETO

DGS 2013 - Programa de Saúde Prioritário

Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.

Problemática na pessoa idosa

Prevalência de casos de IH e uso de AM							
Grupos Etários	Distribuição Etária	Infecção Hospitalar			Uso de Antimicrobianos		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%
< 1 ano	5,3%	52	5,4%	(4,1%;7,7%)	192	19,9%	(17,4%;22,6%)
1-4 anos	1,1%	8	4,0%	(1,7%;7,7%)	107	53,5%	(46,3%;60,6%)
5-14 anos	1,5%	11	4,0%	(2%;7,1%)	135	49,6%	(43,5%;55,7%)
15-24 anos	3,2%	34	5,8%	(4,1%;8,1%)	214	36,8%	(32,8%;40,8%)
25-34 anos	5,9%	48	4,5%	(3,3%;5,9%)	370	34,5%	(31,6%;37,4%)
35-44 anos	7,8%	86	6,1%	(4,9%;7,4%)	575	40,5%	(38%;43,1%)
45-54 anos	10,1%	174	9,5%	(8,2%;10,9%)	815	44,3%	(42,1%;46,6%)
55-64 anos	13,6%	293	11,8%	(10,6%;13,2%)	1102	44,5%	(42,6%;46,5%)
65-74 anos	18,3%	420	12,6%	(11,5%;13,8%)	1564	47,0%	(45,3%;48,7%)
75-84 anos	22,8%	531	12,8%	(11,8%;13,9%)	2083	50,2%	(49,7%;51,7%)
85 ou > anos	10,3%	258	13,8%	(12,2%;15,4%)	1060	56,6%	(54,3%;58,8%)
Total	18199	1926	10,6%	(10,2%;11,1%)	8244	45,4%	(44,6%;46,1%)

*n=102 hospitais; não inclui o hospital que fez a versão light
 Fonte: "Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses", Inquérito 2012, Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde.
 Disponível em www.dgs.pt

DGS (2013). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.1. PERTINÊNCIA DO PROJETO



PROBLEMÁTICA NA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA:

- Autonomia /dependência;
- Incontinência urinária;
- Confusão mental;
- **VULNERABILIDADE.**

Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48..
 Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.1. PERTINÊNCIA DO PROJETO

Localização das IH	% Doentes com Infecção (IC 95%)	% do total de IH	Confirmação Microbiológica
Infecção Vias Resp Inf	620 - 3,4% (3,1 - 3,8)	29,3%	38,5%
Inf vias urinárias	444 - 2,4% (2,2 - 2,7)	21,1%	73,9%
Inf Local Cirúrgico	377 - 2,1% (1,9 - 2,3)	18%	52,8%
Inf. Corrente Sanguinea	171 - 0,9% (0,8 - 1,1)	8,1%	98,8%
Inf. Gastrointestinal	123 - 0,7% (0,6 - 0,8)	5,9%	58,5%
Inf. Pele e Tec. Moles	105 - 0,6% (0,5 - 0,7)	5%	--
Outras infeções	262 - 1,5%	12,5%	--
Total	2103 - 10,6% (10,1 - 11,0)	100%	--

444 ITU adquiridas no Hospital



23% com catéter vesical - Prevalência de infeção de 7,4%
Sem catéter vesical - Prevalência de 0,9%

DGS (2013a). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

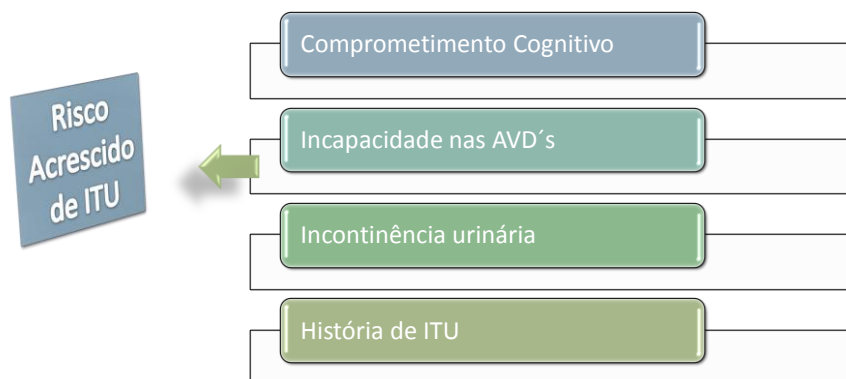
2.2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA



Foxman, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. Infectious Disease Clinics of North America, 28, 1-13.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

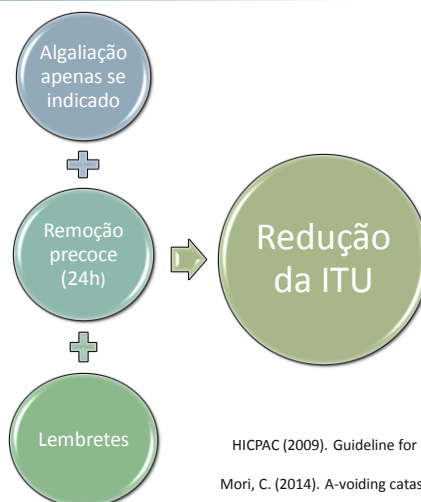
2.2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA



Caljouw, M.A.A., Elzen, W.P.J.E., Cools, H.J.M. & Gussekloo, J. (2011). Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. a population-based prospective follow-up study. *BioMed Central*, 9, 1-8.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

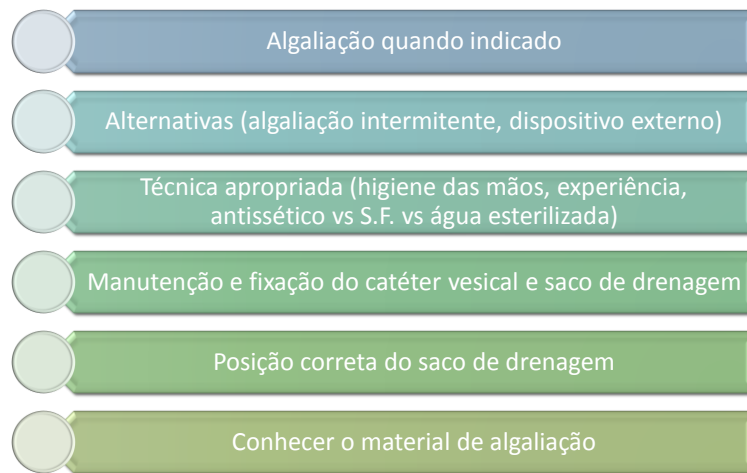
2.2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA



HICPAC (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC.
Mori, C. (2014). A-voiding catastrophe: implementing a nurse-driven protocol. *Medsurg Nursing*, 23(1), 15-28.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

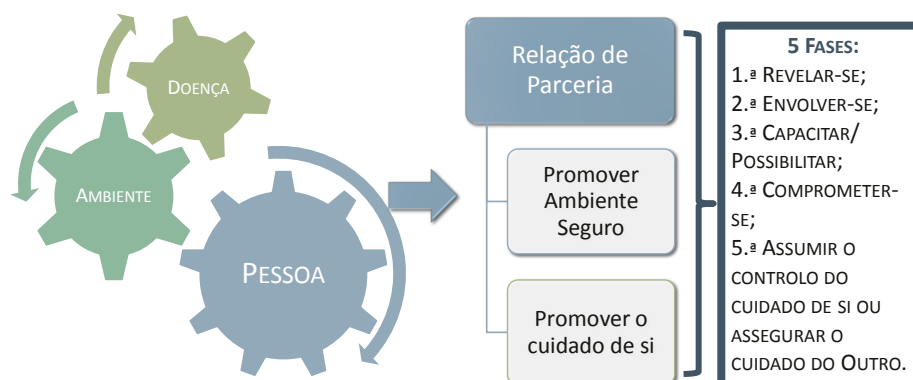
2.3. AS GUIDELINES DE 2009



HICPAC (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC.
Mori, C. (2014). A-voiding catastrophe: implementing a nurse-driven protocol. Medsurg Nursing, 23(1), 15-28.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.4. QUADRO DE REFERÊNCIA E CONCEÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS



Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (3.ªed.). Lisboa: Lidel – edições técnicas

Gomes (2007). O conceito de parceria na interação enfermeiro/doente idoso – da submissão à ação negociada. In I. Gomes (coord.). *Parceria e cuidado de enfermagem – uma questão de cidadania* (pp. 67- 113). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Localização da Infecção	IACS	Prevalência (%)
Aparelho Respiratório	12	37,5
Pneumonia	10	31,3
Outras Inf. Resp. Inferiores	2	6,2
Local Cirúrgico	6	18,7
Incisional Superficial	1	3,1
Incisional Profunda	1	3,1
Órgão / Espaço	4	12,5
Aparelho Urinário	4	12,6
I. Urinária Sintomática c/conf.	2	6,3
I. Urinária Sintomática s/conf.	2	6,3
I. Pele e Tecidos Moles	4	12,6
I. Pele	2	6,3
I. Tecidos Moles	2	6,3
Outras (U. decúbito, mastite, etc.)	0	0,0
Olhos, Ouvido, Nariz, Boca	2	6,3
Infecções do olho	1	3,1
Infecções do ouvido	0	0,0
Infecção Oral	1	3,1
Inf. Vias Resp. Superiores	0	0,0

12,6% : 3.ª Principal Causa de IH

Dispositivos Invasivos	N.º Doentes (%)	Com IACS	Prevalência de IACS
Intubação Traqueal	Sim 5 (2,3%)	4	80,0%
	Não 209 (97,7%)	25	12,0%
Cateter vascular central	Sim 28 (13,1%)	11	39,3%
	Não 186 (86,9%)	18	9,7%
Cateter vascular periférico	Sim 130 (60,7%)	19	14,6%
	Não 83 (38,8%)	10	12,0%
Cateter urinário	Sim 59 (27,6%)	14	23,7%
	Não 151 (70,6%)	14	9,3%

Comissão de Controlo de Infecção - HSB (2013). Relatório: Inquérito de prevalência de infecção 2012.

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

- População idosa – grupo vulnerável
- Algalias no SUG
- Notas de enfermagem incompletas
- Inexistências de dados institucionais nesta área
- Inexistência de procedimento de algaliação
- CCI do CHS considera importante investimento nesta área
- CI – área de interesse pessoal

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.2. FINALIDADE

FINALIDADE

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – vertente pessoa idosa, nomeadamente a nível da prevenção da infeção urinária associada aos cuidados de saúde na pessoa idosa.

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.3. OBJETIVOS DO PROJETO

1. Contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa, em contexto de urgência prevenindo, nomeadamente, a infeção urinária

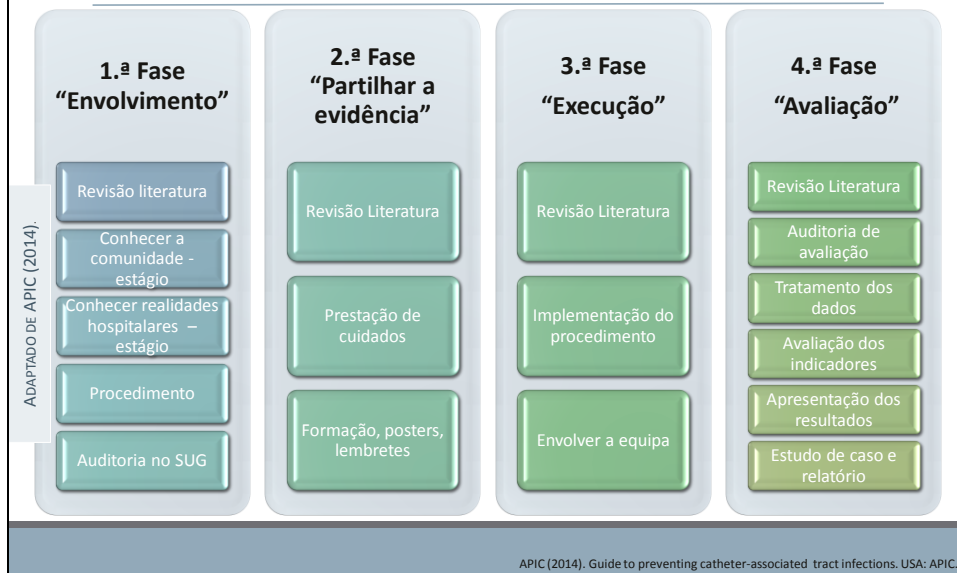
- 1.1. Desenvolver competências como enfermeira especialista na realização do diagnóstico das necessidades formativas da equipa de enfermagem no serviço no qual presto cuidados, relativamente aos cuidados na prevenção da ITU, no cuidado à pessoa idosa, pela análise da prestação de cuidados de enfermagem ao nível da IACS e procedimento de algaliação.
- 1.2. Desenvolver competências clínicas como enfermeiro especialista na abordagem à pessoa idosa, promovendo o cuidado de si, na prevenção da ITU.
- 1.3. Melhorar o padrão de prestação de cuidados, monitorização sistemática e avaliação da ITU na pessoa idosa no SUG/SO.

2. Promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem na prevenção da infeção urinária na pessoa idosa, pelo evitar algaliações desnecessárias, assim como pela manutenção correta e remoção precoce do catéter vesical em doentes algaliados.

- 2.1. Capacitar a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar relativamente à prevenção das IACS, nomeadamente na ITU na pessoa idosa.
- 2.2. Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção de ITU na pessoa idosa evitando algaliações desnecessárias.

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.4. FASES DO PROJETO E ATIVIDADES PROPOSTAS



CONCLUSÃO

O presente projeto visa monitorizar não só a ITU no SUG/SO do CHS, como também intervir a nível da prevenção na ITU, contribuindo desta forma para a melhoria de cuidados e segurança do doente, tal como defendido pela Ordem dos Enfermeiros.

O. E. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem –Enquadramento Conceptual*, Enunciados Descritivos. Divulgar..

O.E. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 05-04-2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf.



MUITO OBRIGADA!!

APÊNDICE XIX:

Procedimento de algaliação, manutenção e remoção precoce do cateter
urinário

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

1. Objectivo

Este procedimento tem como objetivos:

1. Uniformizar as boas práticas relativas à algaliação, manutenção do sistema de drenagem e remoção do cateter urinário;
2. Definir as intervenções de enfermagem na prevenção da ITU à pessoa no SUG.

2. Campo de aplicação

Este procedimento aplica-se aos enfermeiros do SUG, do CHS, EPE.

3. Siglas, abreviaturas e definições

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ITU – Infecção do Trato Urinário

Ch - Unidades de Charrière

CHS, EPE – Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

SUG – Serviço de Urgência Geral

SO – Setor de Observação

4. Referências

Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29-09-2014. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (APIC) (2014). Guide to Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections. USA: APIC. Acedido em 20-07-2014. Disponível em http://apic.org/Resource_/EliminationGuideForm/0ff6ae59-0a3a-4640-97b5-eee38b8bed5b/File/CAUTI_06.pdf

Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.

Ministério da Saúde (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.

5. Responsabilidades

O Diretor e o Enfermeiro Chefe do SUG têm a responsabilidade de criar as condições necessárias ao cumprimento do previsto neste procedimento e monitorizar a sua implementação.

Aos Enfermeiros do SUG compete a sua operacionalização.

6. Procedimento

a. Introdução:

A ITU é uma das IACS mais frequentes, estando muito da sua ocorrência relacionada com a presença de cateter urinário. O risco de ITU associado á presença deste dispositivo invasivo encontra-se relacionada com: frequência com que os utentes são algaliados e o tempo de permanência do cateter urinário. Na prevenção e controlo da ITU é ainda importante considerar as práticas de algaliação, manutenção e a remoção do cateter urinário.

Existem 3 tipos de algaliação:

- Algaliação de curta duração: quando tem uma duração de 7 a 10 dias;
- Algaliação de média duração: quando tem uma duração de até 28 a 30 dias;
- Algaliação de longa duração: quando tem uma duração de mais de 28 a 30 dias.

b. Indicações para algaliação:

São indicações para algaliação:

- Esvaziar a bexiga em situações de retenção urinária e insucesso de outras intervenções;
- Monitorização do débito urinário rigorosa, nos doentes críticos;
- Descompressão da bexiga antes, durante e após determinadas intervenções cirúrgicas (urológicas e outras das estruturas contíguas) e/ou tratamentos;
- Execução de irrigações da bexiga ou instilação de medicamentos;
- Facilitar a obtenção de amostras asséticas de urina em indivíduos inconscientes ou com dificuldade em colaborar no procedimento;

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

- Controlar a incontinência urinária em utentes com lesões que em que esteja contra indicado o contacto da pele com a urina.

c. Fatores de risco para a aquisição de ITU em utentes algaliados

- Idade avançada;;
- Sexo (diferenças anatómicas);
- Diabetes;
- Imunodeficiência;
- Desnutrição;
- Insuficiência renal;
- Deficiente qualidade dos cuidados na inserção;
- Duração da algaliação;
- Deficiente manutenção do circuito de drenagem fechado;
- Despejo dos sacos de drenagem;
- Tempo de internamento.

d. Recomendações

A algaliação é um procedimento invasivo, que acarreta riscos de desenvolvimento de ITU, devendo ser ponderado o seu risco-benefício. Quando se opta por algaliar, para promover a prevenção da ITU deve ter-se em consideração 5 fatores fundamentais:

- Avaliação da necessidade de algaliação – algaliar apenas quando estritamente necessário, considerando métodos alternativos (absorvente descartável, dispositivo urinário externo);
- Seleção do tipo de algália – de acordo com a idade, género, situação clínica, finalidade e de acordo com o tempo previsto de duração da algaliação:
 - ❖ Material:
 - Latéx: para algaliações com duração até 7 a 10 dias;
 - Siliconadas: para algaliações com duração até 28 a 30 dias;
 - Silicone: para algaliações com duração até 90 dias.
 - ❖ Quando se pretende efetuar lavagem vesical deve ser selecionada um cateter urinário de 3 vias;
 - ❖ Deve ser escolhido o calibre mais pequeno, que minimize o traumatismo e que permita uma boa drenagem. O calibre recomendado para o homem é de 14 – 16 Ch e na mulher de 12-14 Ch. O comprimento do cateter urinário depende do sexo do utente, sendo o comprimento padrão de cateteres urinários para homem de 40cm e para mulher de 25 cm.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

- Inserção assética do cateter urinário – deve ser efetuado por um profissional treinado, com recurso à técnica assética, assegurando a existência de equipamento necessário, podendo ter um assistente em função da condição física e situação clínica do utente.
- Manutenção asséptica do cateter urinário e sistema de drenagem – o sistema de drenagem deve ser mantido em circuito fechado, assegurando um sistema de esvaziamento apropriado para o esvaziamento, de modo a evitar a contaminação;
- Remoção correta do cateter urinário e revisão diária da necessidade clínica de o manter.
- Devem ser ainda considerados outros aspeto relativamente ao procedimento de algaliação:
 - O preenchimento do balão de fixação do cateter urinário deve ser realizado com recurso apenas a água destilada, atendendo ao volume descrito pelo fabricante.
 - A irrigação da bexiga deve ser efetuada apenas quando se verifique obstrução (exemplo: hemorragia pós-cirurgia da bexiga e próstata), podendo, ser contínua nestas situações.
 - A desinfeção higiénica das mãos deve ser feita preferencialmente com recurso a soluções antissépticas de base alcoólica.
 - No caso de desconexão do sistema de drenagem, o mesmo deve ser substituído, com recurso a técnica asséptica e após desinfeção da junção algália-saco com álcool.

e. Inserção do cateter urinário:

A Algaliação/ inserção do cateter urinário: consiste na introdução de uma sonda ou cateter vesical através do meato urinário e uretra até à bexiga, com recurso a técnica assética.

Material:

Material para a higiene	Material para inserção do cateter urinário
<p>Bacia com água tépida Sabão líquido Luvas limpas Esponjas Toalha Resguardo</p>	<p>Cateter urinário (adequar ao utente) Campo esterilizado Kit de algaliação (pode ser utilizado) Luvas esterilizadas Ampola de água destilada Soro fisiológico (em dose única) Lubrificante estéril em dose (por exemplo o Instillagel®) Compressas esterilizadas</p>

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

	<p>Solução antisséptica de base alcoólica (SABA);</p> <p>Saco de drenagem esterilizado;</p> <p>Adesivo</p> <p>Suporte para o saco de drenagem.</p> <p>Recipiente de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares.</p> <p>Resguardo descartável.</p>
--	---

Ações de Enfermagem:

Ações de enfermagem	Justificação
1. Identificar o utente.	Evitar erros.
2. Providenciar o material necessário e colocar junto do utente.	Economizar tempo.
3. Efetuar a higiene das mãos com SABA e calçar luvas limpas.	A higiene das mãos deve ser efetuada antes de qualquer procedimento que envolva o contacto direto com o utente, de forma a prevenir a sua contaminação, protegendo-o contra microrganismos que podem existir nas mãos, de quem o executa.
4. Explicar o procedimento e sua finalidade ao utente	Envolver o utente na execução do procedimento, incentivando a sua colaboração. Diminuir a ansiedade.
5. Posicionar o utente, expondo apenas a região genital, <u>promovendo a sua privacidade</u> : No Homem: decúbito dorsal com os membros inferiores em abdução. Na Mulher: decúbito dorsal com os membros inferiores fletidos em abdução.	Facilitar a execução do procedimento.
6. Colocar resguardo de proteção descartável por baixo do corpo do doente.	Proteger da superfície envolvente ao utente, promovendo um ambiente limpo.
7. Efetuar lavagem da área genital com água e sabão e secar em seguida.	Diminuir os riscos de contaminação bacteriana da área.
8. Retirar o resguardo descartável de proteção.	Promover um ambiente envolvente ao utente limpo.
9. Retirar luvas e efetuar higienização das mãos com SABA.	Efetuar a higiene das mãos, uma vez que o uso de luvas não substitui a necessidade de a efetuar. Prevenir a contaminação.
10. Abrir o kit de algaliação em local apropriado e com respeito das normas de assepsia. (Pode ser utilizado um kit de algaliação)	A utilização de Kit de algaliação pode facilitar a manutenção da esterilização durante a inserção.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

11. Efetuar higiene das mãos com SABA e calçar luvas esterilizadas, com técnica adequada.	Manter a assepsia: antes de qualquer procedimento asséptico deve-se efetuar a higiene das mãos, de forma a protegê-lo de microrganismos nocivos em particular os do seu próprio corpo. Prevenir a inoculação.
12. Remover o invólucro (esterilizado) do cateter urinário e adaptá-lo, de imediato ao saco de drenagem.	Obter circuito fechado desde o início do procedimento.
13. Colocar campo esterilizado: Homem: colocar a janela do campo sobre o pénis; Mulher: colocar a janela do campo sobre a região perineal.	Prevenir contaminação do material esterilizado.
14. Efetuar limpeza do meato urinário com soro fisiológico e compressas esterilizadas: No Homem: com a mão dominante posicionar o pénis perpendicularmente à zona pélvica, retraindo o prepúcio. Limpar o meato o meato urinário com uma compressa de cada vez, movimentos circulares, do meato para a glande, em sentido descente. Na Mulher: Utilizando uma compressa de cada vez, limpar primeiro os grandes lábios, em seguida os pequenos lábios e por último o meato, em movimento descendente e único, do lado mais afastado para o mais próximo.	Reduzir os microrganismos da flora perineal. Prevenir a contaminação por arrastamento da zona perineal para o meato.
15. Lubrificar o meato urinário com recurso lubrificante e anestésico estéril em dose individual	Reduzir a contaminação com recurso a lubrificante estéril em dose individual. O lubrificante estéril facilita a introdução do cateter urinário e ao mesmo tempo previne o traumatismo.
16. Inserir o cateter urinário, de forma suave e com movimentos rotativos, de forma segura até surgir urina: No Homem: colocar o pénis num ângulo de 90º e inserir o cateter urinário. Quando se sentir uma resistência deverá baixar-se o pénis e continuar a introduzir o cateter urinário até à bexiga (+/- 17 a 20cm). Na Mulher: afastar os grandes lábios e introduzir o cateter urinário até chegar à bexiga (+/- 5 a 7,5cm).	Melhorar a visualização do meato urinário. Facilitar a introdução do cateter urinário. Assegurar a progressão e permanência do cateter urinário na bexiga.
17. Introduzir um pouco mais o cateter urinário e instilada a quantidade de água bidestilada estéril indicada pelo fabricante para insuflar o balão.	Evitar que a insuflação do balão ocorra na uretra, prevenindo assim traumatismos da uretra. Imobilizar internamente o cateter urinário.
18. Executado ligeiro movimento de tração.	Assegurar a fixação interna do cateter urinário.
19. Remover o campo esterilizado.	Prevenir a contaminação do ambiente.
20. Remover luvas e efetuar a higiene das mãos com SABA e em seguida calçar luvas limpas.	Efetuar a higiene das mãos, uma vez que o uso de luvas não substitui a necessidade de a efetuar. Prevenir a contaminação.
21. Fixar o cateter urinário:	Evitar a tração do cateter urinário pontos de

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

<p>No Homem: na parte superior da coxa ou na região infra-abdominal;</p> <p>Na Mulher: na face interna da coxa.</p>	<p>fricção na uretra. No Homem: evitar o ângulo peno-escrotal, prevenindo a fístula escrotal</p>
22. Colocar o saco de drenagem num nível inferior ao da bexiga, em suporte próprio e sem tocar no chão.	Facilitar a drenagem da urina. Evitar a contaminação da válvula de despejo
23. Reunir e acondicionar o material utilizado de forma adequada.	Promover a arrumação e prevenir a contaminação do ambiente.
24. Remover as luvas e efetuar higienização das mãos com SABA.	Efetuar a higiene das mãos, uma vez que o uso de luvas não substitui a necessidade de a efetuar. Prevenir a contaminação.
25. Posicionar ou auxiliar o utente a posicionar-se.	Providenciar conforto.
26. Efetuada higienização das mãos com SABA.	Prevenir a disseminação – depois de tocar num utente e/ou na sua unidade, deve ser efetuada a higiene das mãos antes de sair do local, por forma a <u>proteger não só a si próprio como ao meio envolvente.</u>
<p>27. Efetuados registos em notas de enfermagem:</p> <p>a) Data e turno;</p> <p>b) Características do material utilizado: tipo e calibre do cateter urinário;</p> <p>c) Volume de água destilada introduzida no balão;</p> <p>d) Data da substituição/Planeamento da remoção;</p> <p>e) Características da urina;</p> <p>f) Débito urinário;</p> <p>g) Intercorrências;</p> <p>h) Reação do utente ao procedimento;</p> <p>i) Informações dadas ao utente sobre a algaliação e realização de ensinos sobre a manutenção do catéter urinário;</p> <p>j) Diagnósticos de enfermagem.</p>	<p>Permitir a documentação do procedimento efetuado de forma individualizada.</p> <p>Possibilitar a continuidade de cuidados, utilizando uma comunicação eficaz entre os elementos da equipa.</p>

f. Manutenção do sistema de drenagem e despejo do saco de drenagem urinária

A manutenção do sistema de drenagem pode ser definida como o conjunto de ações que visam a prevenção de complicações e a manutenção da permeabilidade do catéter urinário.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.</p> <p>Hospital de São Bernardo</p> <p>Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

Recomendações:

- O saco de drenagem deve ser mantido abaixo do nível da bexiga, de forma a permitir o fluxo urinário evitando a estase urinária e a obstrução, devendo ainda ser colocado em suporte de forma a prevenir o contacto com o chão evitando a contaminação da válvula de despejo.
- O saco de drenagem não deve ser substituído por rotina, devendo no entanto ser substituído nas seguintes situações:
 - ❖ Quando se encontrar danificado ou com fugas;
 - ❖ Quando ocorrer acumulação de sedimento e/ou coágulos;
 - ❖ Quando se verificar cheiro desagradável;
 - ❖ Se ocorrer saída accidental do saco e/ou sistema.

Material:

Material para manutenção do catéter urinário	
Manutenção diária	Despejo do saco
<p>Bacia com água tépida</p> <p>Sabão líquido</p> <p>Resguardo descartável</p> <p>Esponja</p> <p>Toalha limpa</p> <p>Luvras limpas</p> <p>Adesivo</p> <p>Soro Fisiológico</p>	<p>Luvras</p> <p>Máscaras</p> <p>Aventais</p> <p>Celulose/compressas limpas</p> <p>Jarros</p>

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

Ações de Enfermagem:

Ações de Enfermagem	Justificação
Manutenção diária	
3. Providenciar o material necessário e colocar junto do utente.	Economizar tempo.
4. Efetuar a higiene das mãos com SABA e calçar luvas limpas.	A higiene das mãos deve ser efetuada antes de qualquer procedimento que envolva o contacto direto com o utente, de forma a prevenir a sua contaminação, protegendo-o contra microrganismos que podem existir nas mãos, de quem o executa.
5. Explicar o procedimento e sua finalidade ao utente.	Envolver o utente na execução do procedimento, incentivando a sua colaboração. Promover o autocuidado. Diminuir a ansiedade
6. Posicionar expondo a região genital e mantendo a sua privacidade: No Homem: decúbito dorsal com membros inferiores em abdução; Na Mulher: decúbito dorsal com membros inferiores fletidos e em abdução.	Permitir a execução do procedimento.
7. Efetuar a higiene do meato urinário diariamente com água e sabão, seguida de soro fisiológico.	Prevenir a contaminação bacteriana da área.
8. Retirar luvas e efetuar higienização das mãos com SABA, e calçar novo par de luvas.	Efetuar a higiene das mãos, uma vez que o uso de luvas não substitui a necessidade de a efetuar. Prevenir a contaminação.
9. Trocar o adesivo de fixação do catéter urinário, alternando o local.	Manter a integridade cutânea.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

10. Retirar luvas e efetuar higienização das mãos com SABA e calçar novo par de luvas.	Efetuar a higiene das mãos, uma vez que o uso de luvas não substitui a necessidade de a efetuar. Prevenir a contaminação.
11. Manter o saco fixado, num nível inferior ao da bexiga, em suporte que evite o contacto com o chão, sem angulação do catéter e/ou do tubo de drenagem.	Facilitar a drenagem de urina, evitando obstruções.. Evitar a estase urinária e complicações associadas. Evitar a contaminação da válvula de despejo.
12. Verificar a eficácia da drenagem urinária.	Manter a permeabilidade do sistema de drenagem. Prevenir complicações.
13. Esvaziar o saco de drenagem quando estiver a meio da sua capacidade e/ou antes do utente entrar no duche/banho.	Evitar a acumulação excessiva de urina. Facilitar a mobilização do utente.
14. Controlar o nível de urina no saco com regularidade.	Evitar a acumulação excessiva de urina, prevenindo a rutura/danificação do saco de drenagem.
15. Registrar o débito urinário e característica da urina.	Controlar o débito de urina. Vigiar alterações da urina.
Despejo do saco de drenagem urinária	
1. Efetuar a higiene das mãos com SABA e calçar luvas limpas.	A higiene das mãos deve ser efetuada antes de qualquer procedimento que envolva o contacto direto com o utente, de forma a prevenir a sua contaminação, protegendo-o contra microrganismos que podem existir nas mãos, de quem o executa.
2. Usar luvas limpas e trocá-las antes do contacto com outro utente.	Prevenir a infeção cruzada.
3. Despejar a urina para um recipiente (jarro) limpo e individualizado. Durante o despejo evitar salpicos e o contacto entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente	Prevenir a infeção cruzada. Evitar a contaminação do ambiente.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

de despejo de urina.	
4. Limpar a torneira com celulose/compressa limpa após o despejo para o recipiente.	Evitar o gotejamento de urina residual para o chão. Evitar a contaminação do ambiente.
5. Verificar se a torneira se encontra fechada de forma conveniente.	Prevenir a ITU associada à algaliação pela manutenção do sistema de drenagem devidamente fechado.
6. A substituição do saco de drenagem deve ser realizada: a. Com técnica assética; b. Desinfetando a junção cateter urinário/saco com álcool a 70% antes da desconexão.	Diminuir o risco de contaminação. Prevenir a ITU associada ao manuseamento do cateter urinário e sistema de drenagem.
7. Registrar: a. Débito urinário; b. Características da urina; c. Substituições do saco de drenagem e motivo.	Documentar as ações efetuadas; Promover a vigilância das características da urina e débito urinário.

g. Remoção do cateter urinário

A remoção do cateter urinário consiste em retirar o cateter urinário, o mais precocemente possível, ou seja logo que o utente deixe de ter indicação clínica.

Material:

Luvas

Seringa esterilizada;

Compressas esterilizadas;

Soro Fisiológico (dose individual);

Álcool a 70%;

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

Ações de Enfermagem:

Ações de Enfermagem	Justificação
15. Providenciar o material necessário e lavá-lo para junto do doente.	Gerir o tempo.
16. Proceder à lavagem higiénica das mãos, com SABA e calçar luvas.	A higiene das mãos deve ser efetuada antes de qualquer procedimento que envolva o contacto direto com o utente, de forma a prevenir a sua contaminação, protegendo-o contra microrganismos que podem existir nas mãos, de quem o executa.
17. Explicar ao utente o procedimento.	Estabelecer uma relação de parceria, envolvendo o utente no seu autocuidado.
18. Limpar o meato urinário e a região peri-uretral com soro fisiológico antes de remover a algália	Prevenir a infeção urinária.
19. Desinfetar a extremidade distal de acesso ao preenchimento do balão, com álcool a 70%.	Previne a infeção.
20. Desinsuflar o balão do cateter vesical.	Prevenir o traumatismo da bexiga e da uretra.
21. Retirar o cateter urinário suavemente, expondo unicamente a região genital	Evitar o traumatismo da uretra; Diminuir o desconforto; Respeitar a privacidade do utente.
22. Proceder à lavagem higiénica das mãos, com SABA e calçar luvas.	Efetuar a higiene das mãos, uma vez que o uso de luvas não substitui a necessidade de a efetuar. Prevenir a contaminação..
23. Limpar novamente o meato urinário e a região peri-uretral com soro fisiológico	Prevenir a infeção urinária.
24. Recolher e acondicionar de forma adequada ao material e equipamento utilizado.	Promover a arrumação e prevenir a contaminação do ambiente. Satisfazer as normas de separação de resíduos hospitalares.
25. Remover luvas e proceder à lavagem higiénica das mãos, com SABA.	Efetuar a higiene das mãos, uma vez que o uso de luvas não substitui a necessidade de a efetuar.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

	Prevenir a contaminação.
26. Vigiar a eliminação vesical espontânea e promover o reforço da ingestão e/ou aporte hídrico.	Prevenir complicações.
27. Registrar nas notas de enfermagem: a. Data e hora; b. motivo da remoção da algália; c. eliminação pós-desalgaliação (micção espontânea e características).	Documentar o procedimento; Promover a vigilância e prevenir a retenção urinária.

h. Preparação do utente algaliado para alta:

A preparação para alta deve ser efetuada precocemente pelo que deve ser iniciada logo que possível, disponibilizando:

- Informação verbal clara sobre o motivo de permanecer algaliado assim como dos cuidados de manutenção do cateter urinário;
- Informação escrita com linguagem clara e apropriada que permita: a manutenção do circuito fechado do cateter urinário após a alta do utente algaliado; identificação precoce de sinais de infeção urinária; substituição do cateter urinário (data e local);
- Informação sobre a necessidade de hidratação;
- Carta de alta para entregar nos UCC/USF, onde conste a seguinte informação: data de inserção, tipo e calibre de cateter urinário, volume de água estéril no balão, sinais/suspeita de infeção, antibioterapia (se se encontra em curso), isolamento da(s) estirpe(s) multirresistente (s) (se existir resultado microbiológico) e enviar cópia dos últimos resultados de bacteriologia);
- A informação que foi dado ao utente e família e os conhecimentos demonstrados pelos mesmos.

i. Indicadores:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de respostas "Sim"}}{n^{\circ} \text{ total de respostas "Sim" e "Não"}} \times 100\% = \text{Índice de Qualidade (IQ)}$$

$$\frac{\text{Soma dos resultados em todas as dimensões}}{\text{Total de critérios}} \times 100\% = \text{Índice Global Qualidade (IGQ)}$$

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

7. Anexos

Anexo 1: Grelhas de Auditoria

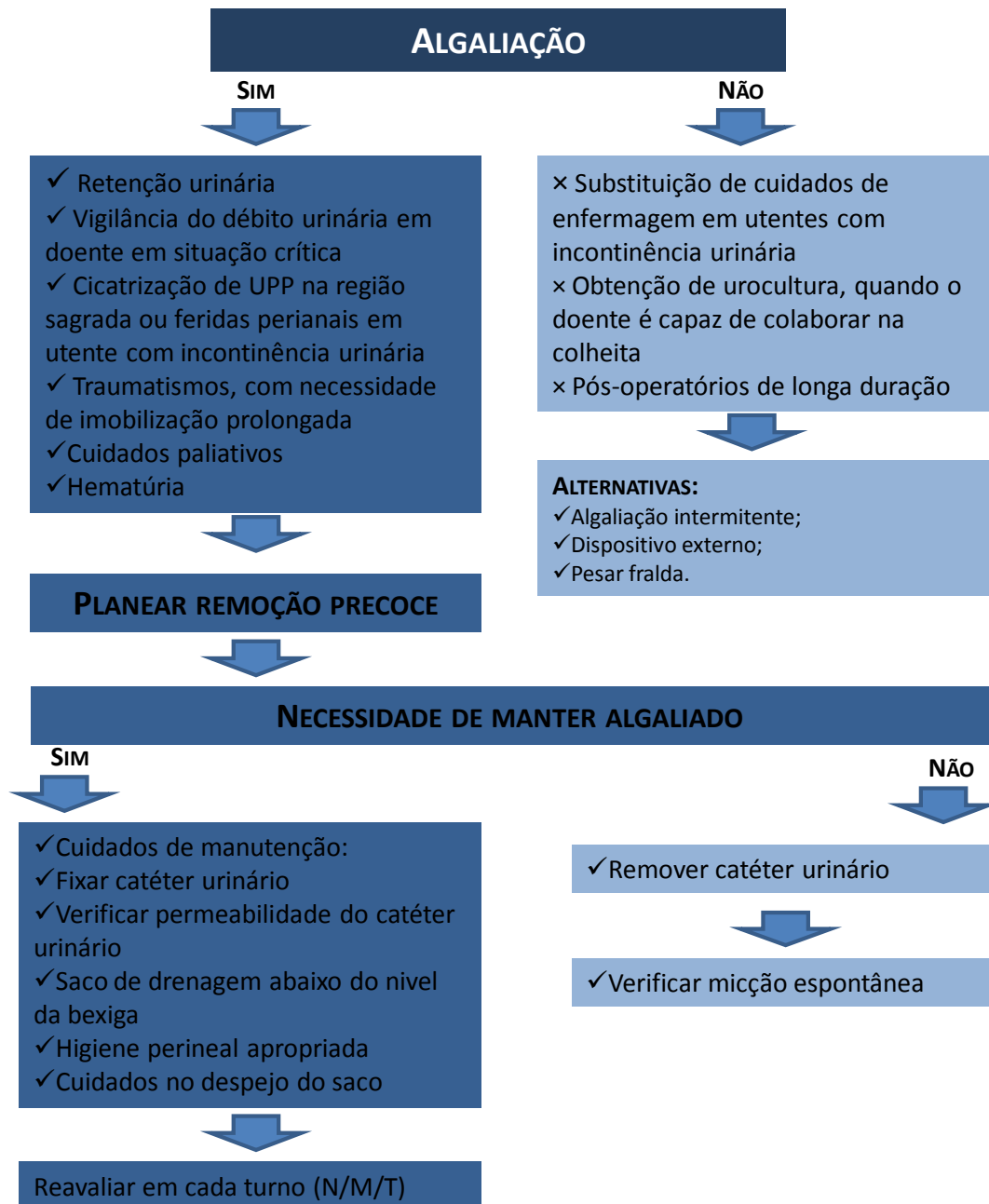
Anexo 2: Pósteres Informativos sobre

<p>Elaboração</p> <p>Vera Oliveira : Estudante do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa</p> <p>Orientação: Idalina Gomes Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa</p>	<p>Revisão</p> <p>Cargo/Comissão que irá rever o documento no prazo de 3 anos</p>	<p>Ratificação</p> <p>Estrutura hierárquica/ organizacional</p> <p>Data:</p>
--	--	--

APÊNDICE XX:

Algoritmo de atuação para a “Avaliação da necessidade de algaliação”

AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE ALGALIAÇÃO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29-09-2014. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (2014). *Guide to preventing catheter-associated tract infections*. USA: APIC.

Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.

Direção Geral de Saúde (2004). *Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algáliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção*.

APÊNDICE XXI:

Pósteres informativos: “Inserção do cateter urinário”, “Manutenção do cateter urinário”, “Remoção do cateter urinário”; e ainda “Despejo do saco de drenagem urinária”

INSERÇÃO DO CATETER URINÁRIO

- 1 Identificar e instruir o utente sobre o procedimento a ser efetuado.
- 2  **Higienização das mãos antes** de iniciar o procedimento.
(A higiene das mãos deve ser efetuada antes de qualquer procedimento que envolva o contacto direto com o utente, de forma a prevenir a sua contaminação.)
- 3 **Higiene perineal** com água, sabão (detergente em uso no serviço)
- 4 Preparar o material e iniciar a técnica de algaliação.
- 5  Calçar luvas esterilizadas e utilizar **campo** e **kit de algaliação** esterilizados.
- 6 Adaptar o cateter urinário ao saco de drenagem.
- 7 Limpar o meato urinário com **Soro Fisiológico**.
- 8 Utilizar lubrificante em dose individual e inserir o cateter urinário, introduzindo água bidestilada no balão de acordo com normas do fabricante.
- 9 Colocar o saco de drenagem urinária em suporte e fixar o catéter urinário. 
- 10  **Higienização das mãos após** realização do procedimento.
(A higiene das mãos deve ser efetuada depois de qualquer procedimento que envolva o contacto direto com o utente, de forma a prevenir a sua contaminação.)

EFETUAR REGISTOS DO PROCEDIMENTO, MOTIVO, MATERIAL UTILIZADO, ÁGUA INTRODUZIDA, NÍVEL E CARACTERÍSTICAS DA URINA, PLANEAMENTO DA REMOÇÃO E INTERCORRÊNCIAS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29-09-2014. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (2014). Guide to preventing catheter-associated tract infections. USA: APIC.

Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.

Direção Geral de Saúde (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.



Elaborado por : Vera Oliveira, aluna do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Sob orientação de: Idalina Gomes Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MANUTENÇÃO DO CATETER URINÁRIO

A MANUTENÇÃO DO SISTEMA DE DRENAGEM PODE SER DEFINIDA COMO O CONJUNTO DE AÇÕES QUE VISAM A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES E A MANUTENÇÃO DA PERMEABILIDADE DO CATETER URINÁRIO.

- 1 Instruir o utente sobre o procedimento a ser efetuado
- 2  Higienização das mãos antes de proceder aos cuidados de manutenção
(A higiene das mãos deve ser efetuada antes de qualquer procedimento que envolva o contacto direto com o utente, de forma a prevenir a sua contaminação.)
- 3 Higiene perineal diária com água, sabão (SABA) e Soro Fisiológico.
- 4 Trocar o adesivo de fixação do cateter urinário, alternado o local.
- 5  Manter o saco de drenagem abaixo do nível da bexiga.
- 6 Verificar permeabilidade do sistema de drenagem urinária e nível do saco de drenagem frequentemente.
- 7 Esvaziar o saco de drenagem urinária quando estiver a meio da sua capacidade e/ou antes do utente ir ao duche.
- 8  Higienização das mãos após realização do procedimento.
(A higiene das mãos deve ser efetuada depois de qualquer procedimento que envolva o contacto direto com o utente, de forma a prevenir a sua contaminação.)

EFETUAR REGISTOS DO NÍVEL E CARACTERÍSTICAS DA URINA E INTERCORRÊNCIAS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29-09-2014. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf
Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (2014). *Guide to preventing catheter-associated tract infections*. USA: APIC.
Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections* 2009. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>
Direção Geral de Saúde (2004). *Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção*.



Elaborado por : Vera Oliveira, aluna do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Sob orientação de: Idalina Gomes Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

REMOÇÃO DO CATETER URINÁRIO

1 Identificar e instruir o utente sobre o procedimento a ser efetuado.



2

Higienização das mãos antes de iniciar o procedimento.

(A higiene das mãos deve ser efetuada antes de qualquer procedimento que envolva o contacto direto com o utente, de forma a prevenir a sua contaminação.)

3

Calçar luvas limpas.



4

Limpar o meato urinário e região periuretral com **Soro Fisiológico**.



5

Desinsuflar o balão do cateter urinário.



6

Retirar o cateter urinário suavemente.



7

Higienização das mãos após realização do procedimento.

(A higiene das mãos deve ser efetuada depois de qualquer procedimento que envolva o contacto direto com o utente, de forma a prevenir a sua contaminação.)

EFETUAR REGISTOS:

- ✓ DO PROCEDIMENTO;
- ✓ DATA E HORA;
- ✓ MOTIVO DA REMOÇÃO;
- ✓ ELIMINAÇÃO APÓS REMOÇÃO;
- ✓ INTERCORRÊNCIAS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29-09-2014. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (2014). *Guide to preventing catheter-associated tract infections*. USA: APIC.

Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections* 2009. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.

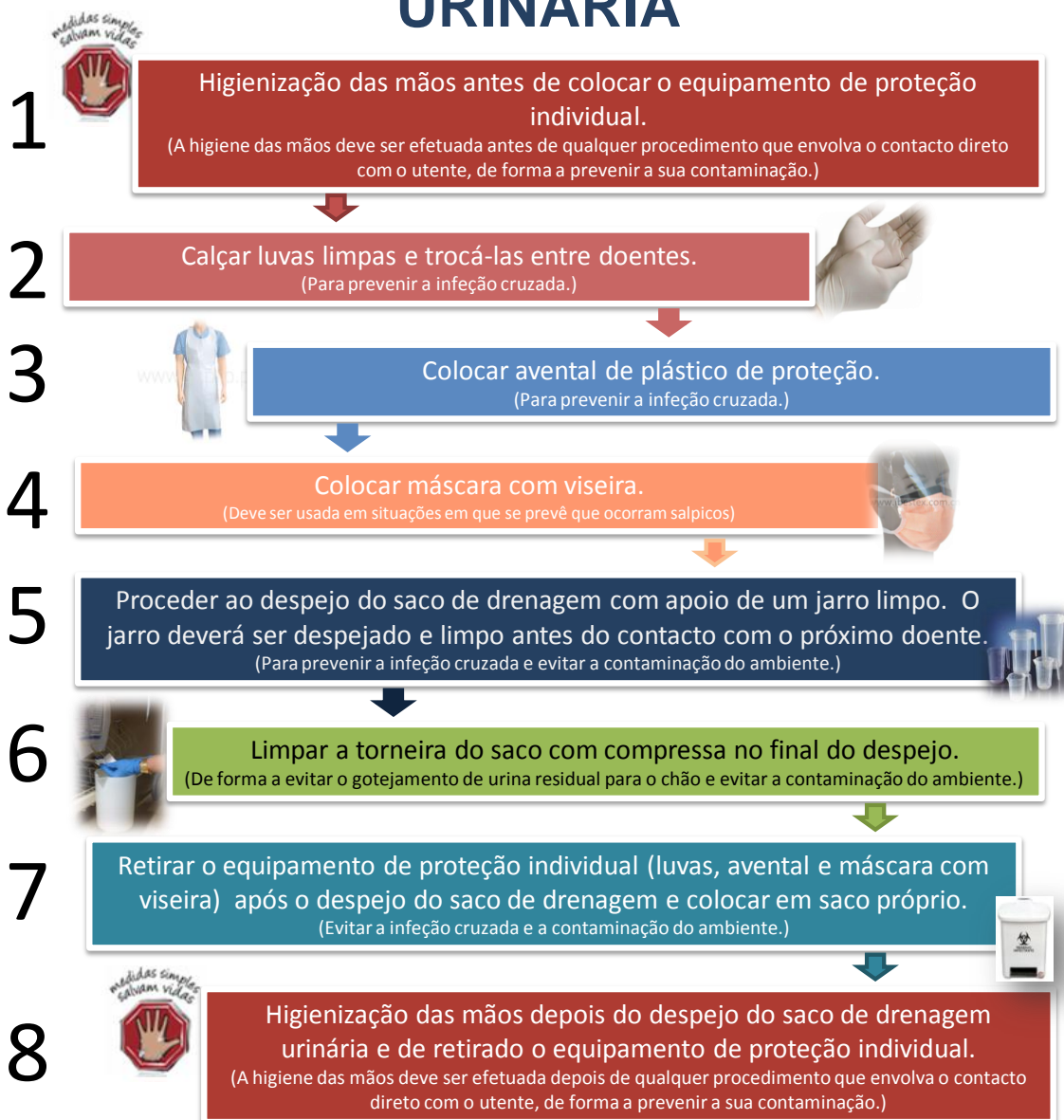
Direção Geral de Saúde (2004). *Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção*.



Elaborado por : Vera Oliveira, aluna do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Sob orientação de: Idalina Gomes Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

DESPEJO DO SACO DE DRENAGEM URINÁRIA



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29-09-2014. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (2014). *Guide to preventing catheter-associated tract infections*. USA: APIC.

Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.

Direção Geral de Saúde (2004). *Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algáliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção*.



Elaborado por : Vera Oliveira, aluna do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Sob orientação de: Idalina Gomes Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

APÊNDICE XXII:

Diário de estágio reflexivo efetuado na UCC



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa
5º Curso De Mestrado Em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-
cirúrgica
Enfermagem à Pessoa Idosa
3.º Semestre

ESTÁGIO COM RELATÓRIO
Diário de estágio na UCC

Discente:

Vera Oliveira n.º5389

Docente:

Professora Idalina Gomes

Lisboa

29 de setembro a 24 de outubro de 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – VERTENTE IDOSO

ANO LETIVO: 2014/2015

3.º SEMESTRE

DIÁRIO DE ESTÁGIO

DATA: 29 DE SETEMBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC), SETÚBAL

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-13H/5H

DESCRIÇÃO:

De forma informal, e por iniciativa própria, recorri à UCC para me apresentar no local de estágio. Foi possível reunir com a enfermeira chefe, a Enfermeira Madalena, com quem foi efetuada uma reflexão sobre a atual situação da enfermagem e foi discutido, de forma genérica o meu projeto de estágio. Neste encontro foi discutida a finalidade e objetivos do projeto de intervenção, e qual o meu propósito na UCC. Foi possível conhecer as instalações e parte da dinâmica da UCC, assim como parte da equipa e recursos disponíveis para o cuidado à pessoa idosa na comunidade (sistemas informáticos de apoio, material para prestação de cuidados).

REFLEXÃO:

Práticas de espontaneidade e informalidade em contexto de aprendizagem são importantes e necessárias para uma prática da enfermagem que se pretende que seja desenvolvida de forma contínua sendo importante que este processo seja “ancorado na reflexão coletiva sobre a ação, visando a reconceptualização permanente das práticas profissionais” (Pinheiro, Macedo & Costa 2014, p. 102). Como tal, o diálogo informal, em contexto de estágio/profissional constitui uma estratégia importante para o crescimento pessoal e profissional, permitindo refletir e adquirir conhecimento pela partilha de experiências e perceções da realidade, confrontando com o saber atual.

Conhecer a realidade dos cuidados de saúde primários e a relação destes com o contexto hospitalar, pelas palavras da enfermeira chefe da UCC, permitiu

conhecer as dificuldades dos profissionais de saúde neste contexto, as limitações burocráticas, as falhas de comunicação e os aspetos a melhorar, sendo um deles as práticas relacionadas com a prevenção da ITU na pessoa idosa. Segundo a enfermeira Madalena, muitos são os casos de clientes que se encontram algaliados no domicílio, sem indicação aparente para tal, vindos do hospital sem carta de alta ou com dados pertinentes relativamente a estes.

Após a alta hospitalar, a pessoa idosa e sua família (quando este de fato tem apoio familiar), veem-se confrontados com um problema, na medida em que muitas vezes, dada a sua situação clínica, a pessoa idosa apresenta limitações necessitando de apoio na sua recuperação e muitas vezes a família não se encontra preparada para esse apoio (Augusto et al, 2005). Esta situação pode ainda ser agravada pelos poucos recursos existentes na comunidade, de que salientamos os recursos humanos, nomeadamente enfermeiros, que são poucos para o apoio necessário na comunidade (Augusto et al, 2005). Por conseguinte, o planeamento da alta hospitalar e a participação da família neste processo de cuidados é uma estratégia fundamental, e ainda pouco usada nos contextos de saúde (Augusto et al, 2005).

Refletindo sobre as práticas de cuidados e os diferentes contextos é possível criar um percurso de mudança de comportamentos, introduzindo medidas inovadoras (Augusto et al, 2005). Os profissionais de saúde, prestadores de cuidados por excelência, deveram ser os pioneiros desta mutação.

Este momento de estágio revelou-se um momento de aprendizagem importante pela partilha de conhecimento e discussão sobre o atual estado da arte da profissão de enfermagem e sobre os cuidados de saúde primários e sua organização atual.

DATA: 30 DE SETEMBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC), SETÚBAL

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-16H/8H

DESCRIÇÃO:

Após conversa informal e negociação com a enfermeira Madalena, iniciei Visitação Domiciliária (VD) com a Enfermeira Cristina.

Foram observados dois utentes algaliados (o senhor F.C. e o senhor M.). O senhor F. encontra-se ao cuidado da esposa, e residem num rés-do-chão, num local onde outrora existiu uma lavandaria. O senhor F. possui cama articulada e com colchão anti-escaras. Quando chegamos ao domicílio, este utente encontrava-se deitado, em decúbito dorsal. Possuía Úlceras Por Pressão (UPP) cujo tratamento foi efetuado pela enfermeira Cristina. Encontrava-se algaliado com cateter urinário de longa duração, apresentando urina concentrada no saco de drenagem, com vestígios de sedimento.

Posicionamos o cliente em decúbito lateral esquerdo e reforçamos ensino à cuidadora familiar, no que diz respeito à necessidade de alternância de decúbitos, enquanto executamos a técnica. Foi efetuado ainda, o ensino à família relativamente à manutenção do cateter urinário e sistema de drenagem e também relativamente à monitorização das características e débito urinário, reforçando a necessidade de hidratação deste doente, disponibilizando água ou substitutos da sua preferência.

O Sr. M, idoso acamado, residente num segundo andar de um prédio antigo nos arredores da cidade de Setúbal, encontrava-se, à nossa chegada, acompanhado pela nora e por funcionárias da Liga dos Amigos da Terceira Idade (LATI). Estavam a decorrer os cuidados de higiene e conforto, no seu leito. Foram observadas as práticas de cuidados das funcionárias, e verificou-se algum défice de conhecimentos relativos à higiene perineal e manutenção do cateter urinário e sistema de drenagem urinária. Perante este quadro de prestação de cuidados, enfermeira Cristina teve o cuidado de aconselhar algumas práticas adequadas àquele contexto, explicando ainda à familiar presente as implicações de alguns cuidados na saúde do Sr., M.

REFLEXÃO:

O envolvimento da família no cuidado à pessoa idosa é fundamental, quer pela necessidade de vigilância e monitorização das características da urina, e prevenção de complicações que advêm da algália e imobilidade no leito, quer pelos cuidados de higiene que lhe estão implícitos, sendo necessário adequar cuidados à pessoa, explicando à família as implicações de cuidados incorretos na saúde da pessoa idosa.

Qualquer que seja o processo de doença adjacente a qualquer pessoa idosa, representa uma agressão profunda no equilíbrio da pessoa idosa, e pode conduzir na grande maioria das vezes a incapacidades, situação que se repercute na dinâmica família (Augusto et al, 2005). A família normalmente não se encontra preparada para dar resposta às exigências destas situações, podem socorrer-se, como foi o caso da família do domicílio deste dia, de instituições que prestam ajuda ao domicílio, mas nem sempre equipas diferenciadas para esse prestação de cuidados, e na maioria das vezes sem atualizado e em qualquer tipo de formação.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa, tem de estar desperto para estas problemáticas, por forma a gerir situações de prestação de cuidados com profissionais com poucos conhecimentos na área, detetar problemas decorrentes da incapacidade da pessoa idosa, e acionar recursos que possam dar resposta efetiva às necessidades da pessoa idosa no domicílio com necessidade especiais e cuja família não se encontra capaz de o providenciar.

Esta situação, foi pertinente para compreender que nem sempre os cuidados no domicílio são prestados pela família, a quem normalmente se dirigem os ensinamentos na altura da preparação para a alta do hospital, sendo que muitos desses cuidados são prestados por outros, em quem a família deposita inteira confiança, mas que não possuem práticas nem conhecimentos adequados. Na altura da preparação da alta da pessoa é importante compreender que prestará os cuidados à pessoa idosa, deve ser realizada uma avaliação dos recursos disponíveis e implementar estratégias adequadas a cada caso, em conjunto com a restante equipa multidisciplinar hospitalar e da comunidade.

DATA: 3 DE OUTUBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-16H/8H

DESCRIÇÃO:

A pedido da enfermeira Madalena, iniciei um levantamento de diagnósticos da CIPE possíveis para o fenómeno da prevenção da ITU/Algáliação/ITU e intervenções de enfermagem possíveis.

Posteriormente saí em VD com a enfermeira Rita. Hoje o dia foi pouco produtivo na medida em que as VD efetuada foram a utentes que não se encontravam algaliados. No entanto foi possível observar outros cuidados inerentes a feridas crónicas, nomeadamente a terapia compressiva a ser realizada na D. M..

Observei ainda a relação estabelecida entre a D. M. e a Enfermeira Rita. Verifiquei que existe um conhecimento aprofundado sobre a D. M., as suas características e preferências e sobre as suas relações familiares e sociais. A relação que testemunhei é uma relação de proximidade e confiança entre as duas, de alguma cumplicidade até, muito diferente daquela que existe a nível hospitalar num serviço de urgência, existindo um maior envolvimento da pessoa idosa no seu processo de saúde/doença, estando implementada uma verdadeira relação de parceria.

REFLEXÃO:

A profissão de enfermagem tem evoluído ao longo do tempo, crescendo como ciência desde os tempos de Nightingale. Para que exista uma prática efetiva, desenvolvida e que promova o crescimento da enfermagem, torna-se como tal “essencial ter padrões para a representação da prática da Enfermagem nos sistemas de informação da saúde e para o desenvolvimento de uma compreensão do trabalho da Enfermagem baseada no conhecimento, no contexto dos cuidados de saúde globais.” (International Council of Nurses, 2009, p. 7).

O International Council of Nurses (2009), construiu para tal um programa a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), um instrumento facilitador da comunicação entre enfermeiros, outros profissionais de saúde responsáveis pelas decisões políticas, que reflete a sua prática. Este programa foi

concebido para se inserir na infra-estrutura global de informação, com o intuito de partilhar a prática e as políticas de cuidados de saúde, tendo como objetivo principal a melhoria da prestação de cuidados aos doentes em todo o mundo. Pelo recurso a este programa existe uma uniformização da linguagem e procedimentos em enfermagem, facilitando aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes, obtendo-se dados e informações que podem ser utilizadas facilmente para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem (ICN, 2009). Estes dados podem ser utilizados como ponto de partida para a tomada de decisão, com o intuito de melhorar a segurança e qualidade dos cuidados, quer para os doentes, quer para as suas famílias (ICN,2009).

A adaptação da temática da ITU à linguagem CIPE, para posterior implementação no sistema informático na UCC, tornou-se um desafio pela pesquisa e construção de saber que permitiu, procurando adequar a evidência científica atual a uma linguagem uniforme para ser utilizada pela equipa de enfermagem da UCC.

Um outro aspeto digno de reflexão foi a relação estabelecida entre os enfermeiros da UCC e os clientes a quem prestam cuidados no domicílio. A prestação de cuidados é baseada na negociação, vendo a pessoa idosa como parceira de cuidados, como alguém livre que opta e ocupa um lugar na sociedade (Gomes, 2007). A D. M., encontrava-se muito abatida, triste, referindo constantemente: “Esta ferida não vai curar! Isto nunca mais vai fechar! Eu não consigo fazer nada com isto! Eu quero é morrer!”. Pelo diálogo e negociação e pelo estabelecimento de estratégias conjuntas, no final do tratamento já era visível o esboço de um sorriso no rosto da D. M. Pelo diálogo com a pessoa idosa é possível perceber o seu estado emocional, preocupações e renitências relativas ao tratamento em curso. É possível explicar o que se passa, desmistificar ideias pré-concebidas e medos. É possível que a pessoa se revele, partilhando as suas histórias e preocupações, envolvendo-a no processo de tratamento, incitando-a a participar posteriormente no seu processo de tratamento e a promover o cuidado de Si (Gomes, 2009; Gomes, 2013). Foi negociado com a D. M. o banho e a deambulação pela casa e períodos de descanso, apesar da ferida no membro inferior esquerdo, o que a deixou mais animada e detentora de poder (empowerment).

DATA: 7 DE OUTUBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-16H/8H

DESCRIÇÃO:

Aproveitando o tempo disponível antes das VD, uma vez mais prossegui com o levantamento das intervenções relacionadas com o fenómeno de enfermagem prevenção da ITU/Algaliação/ITU, adequando-as ao contexto da comunidade.

Cerca das 10h, fui em VD com a Enfermeira Cristina, tendo como plano a visita entre outras, a VD ao senhor M., utente algaliado, com o intuito de avaliar a real necessidade de assim permanecer. No entanto, este utente, não se encontrava no domicílio, uma vez que tinha consulta programada no CHS, para reavaliação do seu estado de saúde.

Uma situação que me deixou particularmente indignada, foi a VD a um doente psiquiátrico, para o qual havia a indicação de administrar um injetável no domicílio por carência social e incapacidade física/doença. Qual não foi o nosso espanto, quando, percebemos, após termos tocado várias vezes a campainha de sua casa e conversa com a vizinha, que o senhor não se encontrava, possuía carro próprio e sabia conduzir. Esta situação induz a reflexão sobre o acionamento dos recursos existentes na comunidade.

Hoje foi ainda dia de reunião de estágio com a professora Idalina e a Enfermeira Madalena. Foi uma reunião com o objetivo de apresentar as diferentes partes deste processo de aprendizagem, assim como para elucidação e esclarecimento do meu projeto de estágio. Nesta reunião foi possível discutir sobre a atual situação dos enfermeiros especialistas e da Enfermagem.

REFLEXÃO:

A realização do documento relativo ao levantamento dos diagnósticos e intervenções tendo por base a CIPE, revelou-se uma tarefa trabalhosa, no entanto produtiva, permitindo o desenvolvimento de competências relacionadas com a melhoria contínua da qualidade e o domínio das aprendizagens profissionais, pela criação de respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional,

suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da pessoa idosa (Regulamento n.º 168/2011 de 8 de Março de 2011).

Por seu lado, as VD são também uma área de grande aprendizagem. Constatamos que os cuidados prestados na sua maioria se prendem com a realização de pensos, em particular em idosos acamados. Muitos destes idosos, com alta hospitalar recente, regressam a casa com Úlceras Por Pressão, que anteriormente não possuíam, ou então com agravamento destas feridas. Situações também existem em que as Úlceras Por Pressão surgem, já em casa, por deficiente prestação de cuidados. Em parceria com a família a equipa da UCC aconselha e demonstra os procedimentos mais corretos no cuidado à pessoa idosa, no entanto, muitas vezes os cuidadores familiares já possuem limitações, o que torna este cuidado mais limitado. Neste caso a equipa avalia a situação social e aciona os recursos existentes na comunidade para serem disponibilizados às famílias.

Relativamente ao tratamento de feridas crónicas, é de notar que é usada uma técnica limpa e que muitos são os princípios ativos existentes para o tratamento destas feridas, recursos muito diferentes dos disponíveis no SUG. É interessante rever alguns conhecimentos relativamente ao tratamento de feridas crónicas, antevendo quais os melhores princípios ativos para atuarem naquela ferida em particular e ver os resultados posteriormente.

Muitas das situações na comunidade são situações problemáticas e nem sempre os recursos são acionados da melhor forma, muitas vezes por falta de conhecimento da problemática na íntegra. No entanto, os cuidados continuados constituem um dos direitos fundamentais do doente, e a VD é uma alternativa ao internamento hospitalar, sendo necessário porém, que os profissionais de saúde sejam capazes de diminuir custos de saúde desnecessários, tomar medidas que permitam uma resposta coordenada e também atempada nos diferentes níveis de prestação de cuidados, para que o atendimento necessário chegue a todos os que precisam efetivamente de cuidados no domicílio (Augusto et al, 2005).

Relativamente à reunião de estágio, esta constitui um momento de conhecimento e divulgação do projeto ao mesmo tempo que promove a partilha de experiências e saberes (Alarcão & Roldão, 2010). Pelo contacto privilegiado com a realidade em confrontação com a reflexão entre pares e orientadores permite o

crescimento pelo questionamento, atribuição de sentidos a saberes pesquisados e saberes disciplinares referenciados em contexto acadêmico Alarcão & Roldão, 2010). Este processo facilita a aprendizagem promovendo o enriquecimento pessoal e profissional.

DATA: 9 DE OUTUBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-16H/8H

DESCRIÇÃO:

Novamente em VD com a enfermeira Cristina foi possível observar o cuidado à pessoa idosa, o estabelecimento da relação terapêutica, o ensino e a gestão da informação/comunicação com a família/utente.

Fiquei impressionada com um casal, o qual, no seio da sua família, tinham ao seu cuidado as mães de ambos. Ao entrar no quarto onde ambas repousavam, percebi o carinho e dedicação que as circundava. A decoração, as camas articuladas, a higiene e boa integridade da pele, apesar dos anos que passaram desde que se encontravam confinadas ao leito, acamadas e imóveis, fez-me perceber que afinal existem pessoas que cuidam dos seus velhos em casa, com amor e cuidado, se tiverem apoios, disponibilidade e conhecimentos. E isto é possível com a intervenção do enfermeiro na comunidade, pelo seu cuidado, ensino e dedicação no domicílio e pelo acionamento dos meios, que existem, para dar continuidade a este processo. É possível cuidar dos nossos entes queridos em casa!

Neste lar, foi substituída uma SNG, numa das utentes, e efetuado tratamento a uma solução de continuidade da pele na outra. Esta situação também me despertou para a importância do enfermeiro na comunidade. Esta utente apresentava uma ferida no pé direito, ao que tudo indicava inicialmente que seria uma UPP. O que neste contexto nos pareceu estranho, pois, apesar da utente se encontrar anquilosada, emagrecida e acamada, ao observar atentamente a ferida em questão, e ao falar com a família, percebeu-se que esta ferida não teria sido causada por pressão mas que seria algo mais grave: uma isquemia do membro inferior. O tratamento foi efetuado e o aconselhamento para observação médica num serviço de urgência, também. O fato de trabalhar na urgência do CHS, permitiu não só que estivesse desperta para a receção desta utente no meu contexto de trabalho, mas também para a necessidade de um trabalho em equipa entre comunidade e hospital. Como poderia ser feita esta ligação neste contexto, se eu não trabalhasse naquela urgência?

Recebi, mais tarde, no SUG do CHS, essa cliente, e o fato de a ter visto no domicílio e conhecer a sua situação de saúde atual e estado do membro, em tudo contribuiu para um melhor encaminhamento da utente para observação pela cirurgia. Confirmou-se o diagnóstico: isquémia do membro! Por indicação médica prossegue com tratamento a nível da ferida, até isquémia total e posteriormente será amputada. Em conversa com a nora da utente, percebi a sua preocupação e desânimo perante este quadro. O cuidado que teve com a sua familiar em nada fazia prever este desfecho, mas já não estava ao seu alcance impedi-lo. A tristeza estava estampada no seu rosto. Coube-me a mim explicar que nada podia fazer para diminuir esta situação.

Ainda em contexto de VD, foi possível observar no domicílio um cliente algaliado. O Sr. J., recentemente adicionado à RNCC e vindo do CHS, multiescariado e algaliado, aparentemente sem motivo (seria pela UPP na região sagrada ? de categoria 3?).

Esta situação leva-me a refletir sobre a preparação para alta dos utentes a nível hospitalar: Que informações dão os enfermeiros para a família/comunidade/enfermeiros na comunidade? Porque desprezamos esta nossa área de intervenção? Porque não existe um sistema informático comum, de acesso comum aos enfermeiros em contexto hospitalar e na comunidade?

O tratamento às UPP foi efetuado, assim como o ensino sobre o manuseamento do cateter urinário, manutenção do saco de drenagem e a sua substituição. O filho do utente foi ainda instruído sobre a importância da hidratação a este utente.

REFLEXÃO:

A família é uma instituição social, que foi sofrendo mutações ao longo dos tempos e cujo objetivo principal é garantir bem-estar entre os seus membros, ao mesmo tempo que promove a solidariedade entre as várias gerações (Augusto, et al, 2005). Com a industrialização e alteração do papel da mulher na sociedade a família foi restringindo a sua constituição a um núcleo limitado: marido, mulher e eventuais filhos, alterando as relações com os membros mais velhos (a pessoa idosa) na família e dificultando o acolhimento da pessoa idosa no seu seio (Augusto et al, 2005). No entanto, tal como sublinha Augusto et al (2005, p. 40) a família “constitui

(...) a linha da frente da relação humanizada, personalizada e dignificante da pessoa em qualquer fase da sua vida e em qualquer idade em que esta se encontra.”

“Com a vontade e o apoio necessários é possível cuidar dos nossos velhos em casa” – este foi o pensamento que retive ao sair da casa do casal que cuida das suas mães. O amor, carinho, dedicação e preocupação são latentes naquela casa. Com a orientação, apoio e recursos necessários é possível que a pessoa idosa possa permanecer no seio da sua família, no calor nas relações que tinham e que se vão mantendo ao sabor do tempo. É possível cuidar em casa e prevenir complicações em casa. É possível manter os nossos velhinhos junto a nós.

Deve pois, ser dada a possibilidade, sempre que possível, de cuidar da pessoa idosa no seio familiar, concretizando os seus desejos incorporados na dinâmica familiar, defendendo valores e a sua dignidade e integridade, permitindo a vivência partilhada de momentos repletos de bem-estar, que lhes dará sentido, nesta última etapa (Augusto, et al., 2005).

A segunda situação observada neste dia de estágio leva-me a refletir sobre a preparação para alta dos utentes a nível hospitalar: Que informações dão os enfermeiros para a família/comunidade/enfermeiros na comunidade? Porque desprezamos esta nossa área de intervenção? Porque não existe um sistema informático comum, de acesso comum aos enfermeiros em contexto hospitalar e na comunidade?

O período pós-alta não pode ser ignorado pelos hospitais, devendo estes assegurar a continuidade de cuidados na comunidade (Augusto et al, 2005). Antes de o cliente ir para o domicílio/outra instituição de cuidados deve existir um planeamento da alta por forma a identificar precocemente as necessidades em cuidados e assegurar a continuidade desses mesmos cuidados assim como de todos os recursos necessários e apropriados, permitindo o envolvimento do cliente e da família em todo este processo, por forma a minimizar readmissões e complicações (Augusto et al, 2005). O enfermeiro é o elo fundamental em todo este processo, em particular o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente pessoa idosa, pela sua sensibilidade e conhecimento relativo à avaliação multidimensional da pessoa idosa. Cabe ao enfermeiro especialista nesta vertente deter conhecimentos sólidos, seguros e competentes, capazes de dar resposta às dúvidas do cliente e família na preparação para a alta, preparando-os para o

contexto dos cuidados no domicílio, acionando os recursos necessários para atender às suas dificuldades, neste caso em particular, relativamente aos cuidados na manutenção do cateter urinário e sistema de drenagem, prevenção da ITU e monitorização de complicações associadas (Regulamento n.º 168/2011 de 8 de Março de 2011).

DATA: 10 DE OUTUBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-16H/8H

DESCRIÇÃO:

A VD teve início com a realização de uma terapia compressiva. A D. M. já estava á nossa espera, com um sorriso nos lábios, após banho de chuveiro, e veio receber-nos à porta fazendo-se acompanhar do seu andarilho.

Um outro domicílio por nós efetuado tratava-se de uma utente, acamada já há algum tempo, vinda do CHS. Encontrava-se numa cama não articulada, com colchão de pressão alterna, e encostada à parede. Esta idosa, multescariada e não comunicativa, vive numa casa com poucas condições, numa zona afastada do centro da cidade, a que designam de “campo”. Pela presença de uma UPP de categoria 3, a enfermeira Cristina decidiu, após diálogo com a filha, algaliar esta utente. Esta situação está prevista nas *guidelines* internacionais, no que a indicação para algaliação diz respeito. Foi reforçado o ensino sobre os cuidados inerentes ao manuseamento do cateter urinário, cuidados perianais e hidratação, à filha desta utente, que segundo ela já trabalhou como assistente operacional na Santa Casa da Misericórdia e conhece os procedimentos.

Uma das utentes, também ela acamada, possuía SNG, cateter urinário, UPP e alteração da integridade cutânea generalizada provocada provavelmente por fungo. Uma vez mais foi pedido o envolvimento da família, pelos ensinamentos efetuados, advertências e conselhos dados. A família, apesar dos ensinamentos realizados a cada visita, têm alguma dificuldade em pôr em prática os ensinamentos que são efetuados a cada visita, tornando-se fundamental o seu reforço constante, acompanhamento e vigilância do utente no domicílio.

As visitas domiciliárias estenderam-se até à tarde, ficando a execução de tratamento a uma idosa com ferida crónica no MID e o tratamento e vigilância de um idoso acamado com UPP, para essa altura. Verifico o cuidado em cumprir com as visitas aos utentes para a realização dos tratamentos. Há ainda o cuidado de informar os utentes e suas famílias quando tal não é possível e agendamento posterior.

REFLEXÃO:

A cada VD se evidencia mais a população necessitada de cuidados na comunidade: idosos acamados ou com limitações físicas, fruto das alterações sociodemográficas de uma população cada vez mais envelhecida. Esta situação tem implicações importantes para a prática de enfermagem. O Decreto-Lei 437/91 de 8 de novembro, no n.º 1 do artigo 7.º refere que o enfermeiro especialista deve “Elaborar o plano de cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e estabelecer prioridades, tendo em conta os recursos disponíveis” e ainda “Executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o autocuidado”. Desta forma o enfermeiro especialista na área da pessoa idosa deve prestar assistência a esta população de forma a assegurar elevados níveis de bem-estar perante os vários contextos existentes (Jett, 2014).

No caso particular da utente com a UPP na região sagrada, tornou-se pertinente a algaliação da utente. Segundo as *guidelines* internacionais a algaliação está indicada em situações de feridas de difícil cicatrização em utentes com incontinência urinária (HICPAC, 2009). Logo, foi um procedimento adequado, no contexto de cuidados continuados. Porém, verificou-se ainda alguns défices na manutenção da assepsia, apesar de ser executado por uma enfermeira experiente, sendo necessário o reforço neste área de intervenção (HICPAC, 2009).

A casa desta cliente, as estruturas e recursos materiais, não são adequados para a manutenção de uma vida com qualidade nem de bem-estar, pelo que o ensino foi totalmente pertinente, assim como o pedido que a enfermeira fez à assistente social para serem providenciados recursos específicos para aquela situação.

Os enfermeiros devem assim, através do conhecimento, afirmação, do *empowerment* e apoio promover o bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa (Jett, 2014).

DATA: 13 DE OUTUBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-16H/8H

DESCRIÇÃO:

A V.D. hoje decorreu sob condições meteorológicas nada favoráveis, enfrentando frio e chuva, incidindo as intervenções de hoje no cuidado à pessoa com necessidade de algaliação e na prevenção da ITU.

Uma vez mais, deparamo-nos com um utente, com incontinência urinária e acamado, com UPP na região sagrada vindo do hospital. Este utente foi algaliado para cicatrização da UPP. Uma vez mais denotaram-se alguns cuidados na algaliação que não estão de acordo com as *guidelines* internacionais.

Uma outra VD, foi realizada após contacto telefónico de um familiar referindo a necessidade emergente de realgaliar um utente por obstrução do cateter urinário. O telefonema não foi muito claro e houve alguma dúvida relativamente às informações que foram disponibilizadas. À nossa chegada o cliente encontrava-se acamado, já sem cateter urinário, e foi realgaliado. Foi efetuado novo ensino, denotando-se contudo alguma dificuldade em reter a informação por parte da cuidadora familiar.

REFLEXÃO:

Os objetivos do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa prendem-se com o promover o conforto sempre, curar por vezes e prevenir o que se pode prevenir (Jett, 2014). Neste caso, no cuidado da pessoa idosa no domicílio, também é possível este cuidado. A algaliação de um cliente com UPP na região sagrada torna-se por um lado uma medida de conforto e por uma medida de tratamento, ao contribuir para a cicatrização da solução de continuidade da pele, embora se esteja a utilizar uma medida invasiva, ao efetuar um cateterismo e havendo o risco de uma IACS.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) por um lado são um obstáculo ao tratamento apropriado da pessoa doente, contribuindo para a morbi-mortalidade e consumo acrescido dos recursos hospitalares e comunitários no

cuidado a estes doentes (Apostolopoulou et al, 2013; Direção Geral de Saúde (DGS), 2013a). A DGS (2013a) considera que cerca de um terço das infeções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis. Compete aos profissionais de saúde agir preventivamente, e relativamente ao que concerne à manipulação do trato urinário, têm responsabilidades acrescidas pelos conhecimentos atualizados que devem possuir e pelas regras de assepsia que devem manter. Neste sentido, os cuidados prestados à pessoa idosa no concerne em particular ao trato urinário devem ser orientados, no sentido da prevenção da ITU, com especial ênfase na pessoa idosa algaliada.

A ITU não é um problema recente, no entanto, é das doenças adquiridas associadas aos cuidados de saúde, estando o seu impacto associado à algaliação (Newman & Willson, 2011; Roriz-Filho, Vilar, Mota, Leal & Pisi, 2010).

A presença de dispositivos invasivos, como é o caso dos cateteres vesicais, representam um risco acrescido de infeção para a pessoa doente, constituindo uma porta de entrada para microrganismos (Apostolopoulou et al, 2013; Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). A utilização de dispositivos invasivos implica, por parte dos utilizadores o conhecimento em pormenor das suas características e indicações, ponderando o custo-efetividade e o custo-benefício das situações particulares de cuidados (Pina et al, 2010). Daí a importância de na preparação para alta preparar cliente e família para a manipulação do cateter urinário, sinais e sintomas associados à ITU e sua monitorização, assim como cuidados para prevenir a ITU.

Como o cuidador familiar tem de ser educado e formado para cuidar da pessoa idosa, torna-se importante fornecer informação em suporte escrito para que esta pessoa se possa socorrer da informação disponibilizada sempre que surgirem dúvidas, sendo ainda importante terem sempre disponível os contactos das instituições que lhe poderão dar ajudar e esclarecer dúvidas. Nesse sentido, verificou-se que seria pertinente a construção de um panfleto educativo para a pessoa idosa algaliada e seu cuidador familiar, onde constasse toda a informação pertinente relativamente à prevenção da ITU e cuidados na manutenção do cateter urinário e sistema de drenagem urinária, assim como contactos de apoio.

De acordo com a Carta de Direitos e Deveres dos Doentes: “O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde” (DGS, 2011, p.2), por conseguinte a informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em

conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas da pessoa idosa.

Por forma a colmatar esta situação foi proposta a elaboração de um panfleto informativo, com o objetivo de guiar a intervenção dos familiares no domicílio.

DATA: 14 DE OUTUBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-16H/8H

DESCRIÇÃO:

O estágio decorreu uma vez mais na comunidade, em VD com a enfermeira Cristina. Foi possível observar uma vez mais o tratamento a feridas crónicas, uma delas com recurso a terapia compressiva, técnica que não é do meu domínio. A nossa visita incluiu ainda a observação de um utente do Centro de Dia, para vigilância de uma ferida traumática na região frontal, mas sem necessidade de intervenção por parte da enfermagem.

O ponto major deste dia, prendeu-se com a remoção de cateter urinário a um cliente, o Sr. J., utente acamado, e também o escolhido para efetuar um estudo de caso (com o seu consentimento, claro). Este utente veio algaliado do hospital, mas sem qualquer indicação do motivo e sem informação relativamente à data da algaliação.

A enfermeira Cristina teve o cuidado de me apresentar ao utente e sua esposa, explicando os objetivos da minha intervenção. Em conjunto com a enfermeira Cristina e em conversa auspiciosa com a esposa do Sr. J. negociámos ainda a remoção do cateter urinário. Ambos parecerem recetivos a esta intervenção, em particular a esposa que verbalizou: “Façam tudo o que puderem por ele! O que for melhor!”.

REFLEXÃO:

Muitas das intervenções da VD passam de fato pela execução de tratamento a feridas crónicas, sendo a sua observação uma fonte de novos conhecimentos e reflexões. De referir que na grande maioria são idosos, com limitações e muito bem conhecidos por parte de quem lhes presta cuidados ao domicílio. Estas pessoas vivem, muitas delas, sozinhas e sem apoio, sendo a companhia de muitas a televisão, e as VD das enfermeiras da UCC. A relação que se encontra estabelecida entre estes utentes e a equipa (muitas vezes alguns elementos em particular) é uma relação de muita cumplicidade, partilha e até amizade e carinho, que proporciona

uma intervenção em parceria, amistosa e que, VD a VD parece colher frutos, pelos resultados positivos que se vão obtendo (há de fato evolução nas feridas, apesar de algumas intervenções suscitarem algumas duvidas). Estas relações e evoluções não são tão notórias a nível hospitalar, em particular no SUG, devendo-se esse fato, provavelmente, à dinâmica, filosofia de cuidados e necessidades que são agudas e emergentes, completamente diferentes do contexto da comunidade (mais calmo, controlado, sendo uma assistência direcionada para situações crônicas).

Embora menos frequente, também existem intervenções que pressupõem a prevenção da ITU. No caso da VD ao Sr., J., foi isso que se passou. É função do enfermeiro prestar cuidados individualizados, estabelecendo um plano de cuidados que contemple os problemas e prioridades, tendo em conta os recursos existentes na comunidade, favorecendo um clima de confiança e envolvendo o utente e família, informando-o sobre a sua situação clínica e de como deve prevenir complicações, promovendo o cuidado de Si (Decreto-Lei 437/91 de 8 de novembro, no n.º 1 do artigo 7.º; Gomes, 2009; Gomes, 2013).

Ao retirar o cateter urinário ao Sr., J. pela negociação, procura-se não só a sua colaboração para a intervenção imediata como a sua colaboração para os cuidados necessários que se seguem. As pessoas e famílias que necessitam da intervenção de enfermagem necessitam de respeito e que sejam considerados a sua individualidade, desejos e expectativas (Augusto et al, 2005). Pelo diálogo e com a intervenção que se torna necessária, os cuidados baseados em parceria são uma realidade (Gomes, 2009; Gomes, 2013). Retirar o cateter urinário, era pois uma prioridade neste contexto. Apesar de não se possuírem informações pormenorizadas relativamente ao motivo da algália, analisando a história da pessoa idosa, o seu contexto de vida e de cuidados, e os seus antecedentes, chegou-se à conclusão que seria benéfico retirar precocemente o cateter urinário. Prevenir a ITU em doentes algaliados, de acordo com orientações recentes, passa inevitavelmente pela monitorização da necessidade de manter o cliente algaliado e pela sua remoção precoce (HICPAC, 2009). Como tal a intervenção do enfermeiro especialista na comunidade passa não só pela identificação de um problema, neste caso o fato do doente estar algaliado sem indicação, mas também perante esse problema intervir de acordo com a evidência científica atual (Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson & McCormack, 2004). Assim, a intervenção e negociação foram realizadas de

acordo com o preconizado pela evidência científica atual, seguindo o ensino relativo à monitorização do débito urinário e medidas preventivas no âmbito da prevenção da ITU. O enfermeiro especialista deverá pois, recorrer a estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente/família, efetuando um juízo baseado no conhecimento e experiência refletido na tomada de decisão (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

DATA: 15 DE OUTUBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-16H/8H

DESCRIÇÃO:

A VD com a enfermeira Cristina foi guiada para a zona do miradouro, em Setúbal. Visitamos entre outros a D. M., idosa e com incapacidades, a residir num edifício antigo, com escadas de acesso de inclinação acentuada, e sem qualquer estrutura de apoio.

A casa, com estrutura interna de madeira, fria, possui tapetes no chão que facilmente podem provocar uma queda. As esquinas dos móveis não se encontram protegidas e existe uma botija de gás na cozinha conectada precariamente ao fogão da cozinha. Quando se toca à campainha, alguém espreita à janela e assim que confirma a chegada de um rosto amigo atira uma chave, a chave que abre a porta para a entrada nesta casa antiga. Quem a abre depara-se com as escadas vertiginosas de acesso á intimidade desta idosa, que espera ansiosa pela companhia de alguém conhecido e amigoso. Fica grande parte do dia, sentada numa cadeira em frente a uma televisão situada numa posição pouco ergonómica. As saídas de casa são dificultadas pela estrutura física da própria casa e do ambiente envolvente e resumem-se a uma saída de casa, até ao café, para a compra do pão para o dia.

As ligaduras são retiradas. A ferida é lavada com a água que é aquecida no fogão a gás. Seca-se e avaliam-se os resultados. A evolução é notória! O diâmetro da ferida está significativamente diminuído. São aplicados vários princípios ativos: alginato de cálcio, Aquacell® prata, Inadine®, Sulfadiazina de prata, e uma cortisona em pomada. A ferida é tapada, com recurso à terapia compressiva, com destreza de quem já executa este tratamento há algum tempo. Os conselhos vão sendo dados ao sabor das voltas das ligaduras, mas com a certeza de que parte deles não serão cumpridos. As escadas descem-se com cuidado, pelo perigo de queda iminente, e à saída observa-se uma zona da cidade diferente, escondida, voltada para a linha do comboio em baixo.

O regresso à Unidade é feito, com a certeza de que ainda pouco se consegue fazer por esta população empobrecida e esquecida.

REFLEXÃO:

Setúbal é uma cidade pobre, onde muitos idosos vivem sozinhos, refugiados nas casas, agora muito degradadas, em que sempre viveram e de onde alguns se recusam a sair.

A nossa sociedade encontra-se cada vez mais envelhecida, e como consequência, associada a esta alteração demográfica, surge o agravamento da morbilidade adquirida da pessoa idosa e uma maior vulnerabilidade, de que resulta numa dependência maior (Sequeira, 2010). A família, que habitualmente providencia o suporte, nem sempre está disponível para essa ajuda, ou por dificuldades, ou porque a pessoa idosa recusa, ou porque não existe (Sequeira, 2010). Esta situação, pode como tal ser problemática, e um exemplo dessa situação é a D. M., a residir sozinha, por sua própria vontade.

Tendo em conta esta situação na nossa sociedade, compete aos dirigentes estipularem políticas de saúde que promovam a qualidade de vida da pessoa idosa, de preferência no domicílio, por forma a contribuírem para um envelhecimento bem-sucedido, que incentivem a interação familiar e que protejam a pessoa idosa da negligência, más práticas, violência física e psicológica (Sequeira, 2010).

Neste contexto, apesar de já terem sido acionados os recursos existentes da comunidade e se ter mobilizado a restante equipa multidisciplinar, por parte da equipa de enfermagem do UCC, de momento mais nada podia ser feito, a não ser uma avaliação multidimensional regular, educação para a saúde e incentivo persistente para a prática de hábitos saudáveis. A vontade da pessoa idosa deve ser respeitada, sendo necessário muitas vezes uma negociação e intervenção em parceria que se pode arrastar.

DATA: 20 DE OUTUBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-16H/8H

DESCRIÇÃO:

À semelhança dos restantes dias de estágio prossegui com as VD acompanhada pela Enfermeira Cristiana, visitando lares já conhecidos e ficando com a certeza crescente dos laços que se estabelecem através desta relação de cuidados que se torna uma necessidade para a pessoa idosa.

Terminadas as VD, e conforme tinha planeado com a esposa do Sr. J. e o próprio utente, fui visitá-los na esperança de conhecer melhor a pessoa, estabelecer uma relação de parceria e tentar construir um plano de intervenção que dê resposta aos problemas da pessoa idosa.

O casal reside no sétimo andar de um prédio na região central da cidade. É um apartamento de porteira (um T0), de dimensões reduzidas, num prédio antigo, na cidade de Setúbal, perto de uma estação de comboios, de mercearia, cafés, pastelaria/pão quente, bancos e jardim. O apartamento comporta uma cozinha, sala com quarto, despensa e instalações sanitárias apenas com lavatório e sanita, e apenas possui janela na cozinha. O apartamento possui água canalizada, eletricidade e gás canalizado, porém é evidente alguma desorganização e humidade nas paredes da casa. O Sr. J. encontrava-se deitado, na sua cama articulada com colchão anti-escaras.

Em conversa com a esposa compreendi que o Sr. J. entrou para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Janeiro de 2014, após internamento no Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), altura em que ficou dependente. O Sr. J. tem apoio da Associação de Socorros Mútuos, no que respeita à higiene pessoal e posicionamentos, com visitas 3 vezes/dia (no início da manhã para o banho, após almoço para posicionar e trocar fralda, e final do dia para reposicionar e trocar fralda). A esposa refere ainda a visita de fisioterapeuta duas vezes por semana (3ª. e 6.ª feira), para reabilitação. O casal, quando necessário, tem ajuda de vizinhos e filha.

Muito da observação efetuado sobre o espaço e conversa com a esposa deste senhor foi possível apurar. É evidente a pobreza e os escassos recursos desta

família. Foi efetuada uma avaliação multidimensional do Sr. J. como forma de apurar défices e procurar prevenir o seu agravamento, pela aplicação de escalas de avaliação. Muitas são as limitações deste cliente e problemas para esta família. No entanto, através do apoio da rede a ajuda chega até este lar para dar resposta a parte das necessidades do casal. Verificou-se contudo, a necessidade de reforçar ensinamentos já iniciados na visita anterior e negociação de alguns cuidados (por exemplo as quantidades da ingestão de água).

REFLEXÃO:

Envelhecer é um processo natural, mas é determinado em grande parte por características individuais, variando a sua intensidade de acordo com os défices físicos, mentais e funcionais adquiridos, o que pode contribuir para um maior ou menor grau de dependência (GERMI, 2012).

Efetuar uma avaliação multidimensional à pessoa idosa é conhecer o seu estado atual, permitindo que haja uma resposta efetiva e completa aos seus problemas por parte dos profissionais de saúde, por forma a melhorar a qualidade de vida desta população (GERMI, 2012). Os enfermeiros especialistas no cuidado à pessoa idosa devem por isso conduzir entrevistas detalhadas às pessoas a quem vão prestar cuidados, tendo o cuidado de perceber que os idosos entre si possuem capacidades díspares, aplicando escalas específicas a este grupo para uma avaliação correta (Jett, 2014).

A realização da avaliação multidimensional do Sr. J. foi possível com a colaboração da sua esposa e tornou-se uma atividade fundamental para compreender este cliente e adaptar as várias intervenções necessárias, e construir a partir daqui um estudo de caso parece completar a tarefa deste conhecimento. No entanto a inexperiência de aplicação destas escalas pode tornar-se um problema pela má interpretação dos resultados e sua aplicação incorreta, porém revelou-se um desafio. Um aspeto facilitador desta entrevista a vários níveis foi a minha apresentação à família. O fato de alguém de confiança me ter acompanhado na primeira entrevista foi em muito facilitadora desta relação que se foi estabelecendo, no entanto mais tempo é necessário para uma plena relação de confiança, pois não chega ser enfermeira, há que amadurecer as relações e manter uma conversa

facilitadora. Como tal, o recurso a uma relação baseada na parceria foi tentada, e aos poucos foi-se estabelecendo alguma cumplicidade, sendo no entanto mais tempo para fortalecer esta ligação. A esposa do Sr. J., senhora muito comunicativa demonstrou-se sempre muito solícita, nostálgica e colaborante.

No encontro com o outro na comunidade é fulcral estabelecer com a pessoa idosa uma parceria de cuidados, promovendo uma verdadeira interação entre os intervenientes nos cuidados, o que por si só implica o conhecimento e atenção da pessoa idosa (Gomes, 2009).

DATA: 21 DE OUTUBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-16H/8H

DESCRIÇÃO:

O dia de hoje restringiu-se ao espaço físico da UCC. Foi uma manhã dedicada à preparação para a apresentação do projeto e ainda a discussão com a Enfermeira Madalena sobre a problemática da ITU.

A apresentação foi realizada para a equipa da UCC, no gabinete da enfermeira chefe, gabinete também usado para reuniões de serviço. A apresentação abordou o estado da arte e a pertinência da temática em estudo, a finalidade e objetivos do projeto, modelo conceptual de enfermagem que lhe está inerente, as especificidades da pessoa idosa, resultados da primeira revisão sistemática da literatura, e atividades proposta desenvolvidas na comunidade. A equipa de enfermagem, no início pouco colaborante e recetiva durante a apresentação, acabou por demonstrar interesse na temática, e o que inicialmente pareciam ser conversas despropositadas e afastadas do tema, acabaram por ser partilhas de experiências e tentativas de solucionar problemas. Foi permitido o espaço para a discussão, de que resultou uma apresentação descontraída e informal, de que todos os intervenientes tiraram partido, pelo esclarecimento de dúvidas e partilha da evidência científica atual.

No final deste turno, procurei ainda visitar o Sr. J. e sua esposa tal como combinado na visita anterior, mas ninguém me abriu a porta pelo que esta visita foi adiada.

REFLEXÃO:

O enfermeiro especialista deverá criar, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua, por conseguinte, era imprescindível a criação de um espaço de apresentação do projeto, para apresentação da evidência atual sobre o tema da ITU e ao mesmo tempo, de partilha de experiências e de procura de soluções (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Esta formação informal, revelou-se uma excelente forma de partilha e divulgação de conhecimentos

atualizados, assim como de desenvolvimento de competências de comunicação, revelando-se enriquecedora para o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista.

Carvalho & Carvalho (2006, p. 43) defendem que: “Sendo a saúde um indicador do progresso e desenvolvimento de uma sociedade, a prática de enfermagem impõe o dever de acompanhar a mudança verificada nas ciências ligadas à saúde, de forma a poder responder às crescentes necessidades do indivíduo, família e comunidade.”

A formação inicial, adquirida no curso de licenciatura em enfermagem é insuficiente para a prática contínua da enfermagem, na medida em que são muitos os conhecimentos necessários e específicos em algumas áreas de intervenção (Carvalho & Carvalho). Para além disso, assiste-se atualmente a uma rápida desatualização de conhecimentos pelo que se torna pertinente a adaptação a novos conhecimentos sendo necessária a divulgação do conhecimento atualizado, e como tal as formações em serviço, formais ou informais podem dar essa resposta (Carvalho & Carvalho).

Por outro lado, e para que “a educação permanente não resulte num fracasso, é necessário aliar a teoria à prática” (Carvalho & Carvalho, 2006, p.47), sendo como tal importante a abertura para o diálogo, partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas, tal como aconteceu na apresentação efetuada.

Este momento de estágio foi de fato importante por tudo que implicou: partilha de conhecimentos, divulgação de uma temática pertinente para a prestação de cuidados da pessoa idosa e de conhecimentos atualizados, adaptação de estratégias a contextos reais de formação e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

DATA: 22 DE OUTUBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-16H/8H

DESCRIÇÃO:

Uma vez mais, em VD com a Enfermeira Cristina tive oportunidade de ver as interações com a pessoa idosa no domicílio e estabelecer, eu própria uma relação. Cada vez mais me sinto como se fosse parte da equipa, pelo próprio carinho e confiança que os utentes acabam por depositar em quem os visita, demonstrando que da parte deles, quem acompanha a equipa, acaba por ser parte dela também.

Visitei uma vez mais o Sr. Joaquim, procurando uma vez mais aprofundar a relação de parceria, por forma a que a familiar assuma autonomamente o cuidado do Outro (mesmo com ajuda de recursos acionados pela UCC). Em conversa com a esposa do Sr. J., percebi que recebeu VD médica e que lhe foi diagnosticada uma ITU, iniciando antibioterapia no domicílio. Esta situação foi aproveitada para reforçar o ensino efetuado já algumas vezes estabelecendo a importância dos cuidados perianais corretos, assim como uma hidratação e alimentação adequadas, e ainda a importância de cumprir a antibioterapia.

REFLEXÃO:

A ITU surge também associada à incontinência urinária, como um problema a considerar na pessoa idosa (Dowling-Castronovo & Specht 2009).

Segundo Foxman (2014) o risco de bacteriúria aumenta entre os 60 e os 79 anos de idade, aumentando ainda mais depois dos 80 anos de idade (4 em 1000), sendo o risco maior na população masculina. A ocorrência de bacteriúria na pessoa idosa é frequente, mas na maioria das vezes a única manifestação é a alteração do nível de consciência, associada à confusão mental, representando, como tal, uma dificuldade no diagnóstico pela situação inespecífica dada a população em questão (Roriz-Filho et al, 2010). As ITU encontram-se associadas a diversos resultados negativos na pessoa idosa, sendo importante agir na sua prevenção (Caljouw, Elzen, Cools, & Gussekloo 2011). Daí a importância deste ensino à família e a negociação com a pessoa idosa para que colabore na prevenção da doença.

Em todo o cuidado a esta pessoa idosa e família procurei direcionar cuidados atendendo à individualidade da pessoa, aconselhando intervenções adequadas e que fossem ao mesmo tempo da preferência deste cliente. A educação para a saúde é um processo dinâmico que proporciona o desenvolvimento de capacidades, permitindo que o indivíduo construa o seu projeto de vida, procurando o bem-estar pela adoção de comportamentos indutores de saúde (Carvalho & Carvalho, 2006). A educação para a saúde é uma intervenção importante na comunidade, e sem ela e o envolvimento da comunidade neste processo os cuidados de saúde primários não fazem parte da vida dos indivíduos ficando o projeto de vida de cada um comprometido (Carvalho & Carvalho, 2006). Todo este processo exige uma visão e abordagem holística do indivíduo, atendendo às suas várias dimensões, em interação com o meio (Carvalho & Carvalho, 2006). Neste sentido, a experiência na avaliação multidimensional da pessoa idosa e construção de um estudo de caso foi muito proveitosa, permitindo o desenvolvimento de competências que dizem respeito a uma prática profissional e ética na área da pessoa idosa.

DATA: 24 DE OUTUBRO DE 2014

LOCAL: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)

HORÁRIO/NÚMERO DE HORAS: 8-16H/8H

DESCRIÇÃO:

Este é o último dia de estágio na comunidade. Foi um dia muito dedicado às despedidas, que já se iniciaram com o principiar da semana. Senti alguma tristeza por deixar os utentes que fui conhecendo ao longo do estágio e que permitiram o meu crescimento, mas o estágio irá progredir noutro contexto nos próximos dias.

Foram entregues e discutidos com a enfermeira chefe os documentos propostos relativos à implementação de diagnósticos e intervenções de acordo com a CIPE © e o panfleto informativo para os utentes/familiares relativos à prevenção da ITU e manutenção do cateter urinário e sistema de drenagem.

Por último, foram efetuados os agradecimentos e despedidas de todos os intervenientes neste meu processo de conhecimentos e aquisição de competências no cuidado à pessoa idosa na comunidade.

REFLEXÃO:

Em cada dia que passou no contexto de cuidados na comunidade e tendo como instrumento principal a observação, foi aprendida uma lição, quer fosse pela gestão do cuidado, do ensino ou do tempo, quer fosse pelos conhecimentos e práticas diferentes da realidade hospitalar ou até mesmo pela relação particular que é possível estabelecer.

O meu acompanhamento ao longo destas 4 semanas não foi efetuado por uma enfermeira especialista, mas sim por uma enfermeira generalista, perita na área dos cuidados à pessoa na comunidade, que embora não conscientemente, presta cuidados individualizados e cria relações individualizadas com os clientes e família estabelecendo uma parceria de cuidados, que dada a sua relevância e importância foi possível observar, analisar e aprender com essas interações.

Talvez o aspeto que mais me tenho marcado neste estágio seja de fato a relação privilegiada que se consegue estabelecer com as pessoas na comunidade.

Conhecendo a pessoa idosa, é possível conduzi-la perante o seu percurso de vida, ajudando-a a concretizar o seu projeto de saúde, tal como defendido por Gomes (2009); Gomes (2013).

No SU este tipo de relações são mais difíceis de estabelecer, quer pelo tipo e natureza de cuidados prestados e grande rotatividade de clientes, quer pelo próprio estado emocional destes clientes, que por norma se encontram mais ansiosos, menos recetivos ao diálogo e por até mais agressivos e desorientados.

A formação em serviço é importante pois contribuem para o desenvolvimento das instituições de saúde e seus profissionais, transformando-as numa organização que aprende (Bártolo, 2007).

Em termos de cuidados relativos à prevenção da ITU e procedimento de algaliação, é importante referir existência de alguma dificuldade por parte da equipa em manter assepsia em alguns cuidados durante a algaliação, devendo-se o fato talvez às estruturas das várias casas e por vezes à utilização pouco correta do material que possuem. No entanto por forma a dar resposta a esta situação foi desenvolvida a ação de formação informal que veio reforçar os cuidados inerentes à prevenção da ITU, que em muito veio contribuir para a divulgação e reforço de princípios básicos no cuidado à pessoa idosa. Os profissionais que assistiram à formação consideram que foi um momento muito claro e pertinente de aprendizagem e partilha de ideias.

Este estágio revelou-se produtivo em todos os sentidos: pelo desenvolvimento da capacidade de observação, desenvolvimento de capacidades relacionais e comunicacionais entre a equipa da UCC e utentes visitados; pela pesquisa e divulgação de conhecimentos que implicou, pelo desenvolvimento de estratégias para dar resposta aos clientes e pelos pequenos projetos que foram desenvolvidos, assim como pela capacidade de reflexão que implicou.

As equipas de cuidados na comunidade têm de fato um papel muito importante na comunidade. Estas equipas asseguram a continuidade de cuidados e a utilização apropriada dos recursos, sendo responsáveis pelo planeamento e identificação precoce das necessidades em cuidados após a alta, tendo a sensibilidade de estabelecer uma verdadeira relação de parceria com o cliente e família (Augusto et al, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Augusto, B. M. J.; Rodrigues, C. M. A.; Rodrigues, C. J. V.; Rodrigues, E. C. S.; Simões, F. M. O.R.D.; Ribeiro, I. C. G.; ... Gomes, M.Z.C.S. (2005). *Cuidados Continuados: Família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. 2.ªed. Coimbra: Formasau –Formação e Saúde, Lda.
- Bártolo, E, (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Caljouw, M.A.A., Elzen, W.P.J.E., Cools, H.J.M. & Gussekloo, J. (2011). Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. a population-based prospective follow-up study. *BioMed Central*, 9, 1-8. Acedido em 05-04-2014. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-9-57.pdf>.
- Direção Geral de Saúde (2011). Carta do direitos e deveres dos doentes - Aprovada na reunião do conselho nacional de saúde a 20/12/2011.
- Dowling-Castronovo, A. & Specht, J.K. (2009). Assessment of transient urinary incontinence in older adults. *American Journal of Nursing*, 109 (2), 62-71. Acedido em 05-04-2014. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/ovidfiles/00000446-200902000-00043.pdf;jsessionid=9E9D2391FA4B048C828469F7D25BA9C1>
- Foxman, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. *Infectious Disease Clinics of North America*, 28, 1-13.
- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>
- International Council of Nurses (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® - Guidelines for ICNP® Catalogue Development*. Ordem dos

Enfermeiros. Acedido em 4-10-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

Jett, T. (2014). *Gerontological Nursing & Healthy Aging*. (4.^a ed.). Missouri: Elsevier – Mosby.

Pinheiro, G.M.S., Macedo, A. P. M. C. & Costa, N. M.V.N. (2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (2), pp.101-109. Acedido em 30- 09- 2014, Disponível em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30383/1/Revista_de_Enfermagem_Refer%C3%Aancia_RIII1381_Portugu%C3%AAs.pdf.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República 2.^a série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653. Acedido em 17-04-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Regulamento n.º 168/2011 de 8 de Março de 2011. Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem. Diário da República 2.^a série, n.º 47 (8 de Março de 2011). 11120 – 11123. Acedido em 15-12-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/regulamento%20168-2011_individualizacoespecialidades.pdf

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice?. *Journal of advanced nursing*. 47(1), 81-90.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda.

APÊNDICE XXIII:

Estudo de caso na UCC – Documento escrito e apresentação em PowerPoint



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa

5º Curso De Mestrado Em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Enfermagem à Pessoa Idosa

3.º Semestre

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Estudo de caso

Prevenção da ITU: remoção do cateter urinário precocemente

Discente:

Vera Oliveira n.º5389

Docente:

Professora Idalina Gomes

Lisboa

24 de Outubro de 2014

“A parceria nos cuidados de enfermagem promovendo, o cuidado de Si, centraliza a atenção na partilha dos significados da experiência das pessoas no que ao seu projecto de saúde e de vida diz respeito, tendo em conta o poder que a pessoa possui, os seus desejos, necessidades, preocupações, necessidades de informação e cuidado.”

(Gomes, 2009, p.255).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:Genograma do Sr. J.J.O.....22

Figura 2:Ecomapa do Sr. J.J.O.....22

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Terapêutica instituída ao Sr. Joaquim no domicílio.....19

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	Erro! Marcador não definido.
1. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A ITU....	Erro! Marcador não definido.
2. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA	Erro! Marcador não definido.
3. O CUIDADOR FAMILIAR.....	Erro! Marcador não definido.
4. UM ESTUDO DE CASO NA COMUNIDADE	Erro! Marcador não definido.
4.1. Descrição e avaliação da pessoa idosa e família - <i>Revelar-se.</i>	Erro! Marcador não definido.
4.2. Instrumentos de avaliação utilizados	Erro! Marcador não definido.
4.2.1 <i>Envolver-se</i>	Erro! Marcador não definido.
5. CONCLUSÃO.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXOS	Erro! Marcador não definido.
ANEXO I:	Erro! Marcador não definido.
ANEXO II:	Erro! Marcador não definido.
ANEXO III:	Erro! Marcador não definido.
ANEXO IV:	Erro! Marcador não definido.
ANEXO V:	Erro! Marcador não definido.
ANEXO VI:	Erro! Marcador não definido.
ANEXO VII:	Erro! Marcador não definido.
ANEXO VIII:	Erro! Marcador não definido.
APÊNDICES	Erro! Marcador não definido.
APÊNDICE I:.....	Erro! Marcador não definido.

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com relatório, realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) no distrito de Setúbal, de 29 de setembro a 24 de outubro de 2014, inserida no plano de estudos do 3.º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano letivo de 2014/15.

Com a realização deste documento pretende-se dar resposta à metodologia de projeto proposta no planeamento do projeto de intervenção desenvolvido no 2.º semestre do curso supra citado, pretendendo ser um trabalho monográfico, neste caso, um estudo de caso, focado nos principais problemas que afetam as pessoas idosas e suas famílias, em particular os relacionados com a prevenção da Infecção do Trato Urinário (ITU).

Importa reforçar que o envelhecimento da pessoa pressupõe défices a nível físico, mental e funcional, variáveis de indivíduo para indivíduo, condicionante a intensidade destas alterações o grau de dependência da pessoa idosa nos seus vários contextos de vida (GIERM,2012). Este estudo de caso é o reflexo de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, avaliação importante no contexto de prestação de cuidados na comunidade ou a nível hospitalar uma vez que através desta avaliação é possível detetar o grau do seu estado e dos seus problemas, assim como as suas necessidades e incapacidades, sendo possível uma precisão no diagnóstico e uma planificação efetiva e abrangente por parte dos profissionais de saúde, promovendo assim a sua qualidade de vida, (GIERM,2012).

Neste sentido, e partindo de um caso clínico do contexto de estágio, escolhido aquando das visitas domiciliárias, será abordada a problemática da ITU e a presença de cateter urinário, realizando uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, tendo como foco de intervenção a pessoa/família, desenvolvendo uma relação de parceria com o intuito de promover o cuidado de Si, de acordo com Gomes (2009).

A elaboração deste estudo de caso pretende: (1) efetuar uma revisão da literatura por forma a adquirir e aprofundar conhecimentos na área da ITU e envelhecimento; (2) identificar e descrever os focos de intervenção do enfermeiro especialista no presente estudo de caso, realizando uma avaliação multidimensional

da pessoa idosa, tendo em vista a melhoria da prestação de cuidados a esta, na prevenção de ITU e outras complicações decorrentes do envelhecimento; (3) desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa.

Como tal, foi efetuada uma pesquisa de artigos científicos em bases de dados internacionais (*Cinahl Plus with full text* e *Medline with full text*), por forma a obter a melhor evidência científica, sendo ainda efetuada uma revisão da literatura em bibliografia considerada relevante. A pesquisa bibliográfica foi expandida à *World Wide Web*, pesquisando *sítes* institucionais e artigos considerados relevantes.

Este trabalho escrito encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo, pretende-se enquadrar genericamente o envelhecimento e a ITU, como situações reais e problemáticas. O segundo capítulo é dedicado à avaliação multidimensional da pessoa idosa. O terceiro capítulo debruça-se sobre cuidador familiar e o quarto capítulo sobre o estudo de caso da pessoa idosa avaliada em contexto de trabalho. Por último encontra-se a conclusão onde se pretende realizar uma síntese e reflexão das temáticas abordadas.

1.O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A ITU

Em Portugal, o envelhecimento é evidente e segundo a DGS (2010) denota-se um crescimento da população com idade superior ou igual a 65 anos de cerca de 18,2%, em 2009, para 18,7% em 2010. Para além destes dados, a DGS (2010) refere que a esperança de vida à nascença, em 2010, era de cerca de 80,06 anos, e aos 65 anos de 18,59 anos. Estes dados indicam que a população portuguesa está, à semelhança dos restantes países, progressivamente a envelhecer.

A DGS (2012), no PNS de 2012-2016, considera o envelhecimento ativo como uma das etapas do ciclo de vida (definidas no PNS de 2004-2010). Esta etapa, considerada a partir dos 65 anos, é uma fase com repercussão demográfica e social crescentes, devido ao aumento da esperança de vida. Esta situação constitui um desafio para a sociedade e sistema de saúde, e é o reflexo da evolução no campo da medicina e da melhoria das condições de vida.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, decorrente de alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que conduzem a transformações progressivas do organismo, e que o tornam suscetível a agressões intrínsecas e extrínsecas, que culminam com a morte (Netto, 1999). O envelhecimento pode decorrer normalmente, se dentro das alterações consideradas normais dentro da espécie, ou de forma patológica, que ocorre em indivíduos com idade biológica superior à cronológica (Costa et al, 1999). O envelhecimento encontra-se associado a um conjunto de fatores fisiológicos e biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais decorrentes da vida de cada um (Sequeira, 2010). Várias teorias tentam explicar o envelhecimento, algumas sem base científica e outras não testadas (Netto, 1999).

A pessoa idosa experimenta modificações no aspeto físico e um declínio da função como consequência de alterações celulares e extracelulares, denotando-se ainda uma menor capacidade em manter a homeostasia, progressivamente (Smeltser & Bare, 2002), dando-se o envelhecimento biológico e fisiológico. No entanto, este é um processo heterogéneo, influenciado por fatores intrínsecos (fatores genéticos e bioquímicos) e extrínsecos (radiação, temperatura, poluição, alimentação) (Smeltser & Bare, 2002; Filho & Netto, 2004). A pessoa idosa experiencia alterações a nível anatómico e fisiológico que alteram a sua resposta às várias situações que enfrenta no dia-a-dia, nos vários sistemas (ósseo, cardiovascular, respiratório, endócrino, reprodutor, urinário, nervoso) (Filho & Netto,

2004). Fontaine (2000) acrescenta que à medida que a pessoa envelhece, verificam-se alterações a nível da audição e visão e o risco de doenças associadas à posição ortostática é progressivo, sendo uma situação acompanhada pelo défice em manter o equilíbrio predispondo a pessoa idosa para quedas e acidentes. Ocorre também envelhecimento social, relacionado com a perda de papéis da pessoa idosa, quer na sociedade, quer no seio da sua família (Costa et al, 1999) e ainda psicológico patente na forma como este se adapta às várias alterações decorrentes do envelhecimento, no seu contexto. (Costa et al, 1999; Fontaine, 2000). Fontaine (2000), refere ainda, que o envelhecimento comporta o envelhecimento cognitivo, traduzido por declínio das aptidões mnésicas.

A pessoa idosa é de fato afetada vários níveis, não sendo exceção problemas associados ao sistema urinário. Segundo Foxman (2014) o risco de bacteriúria aumenta entre os 60 e os 79 anos de idade, aumentando ainda mais depois dos 80 anos de idade (4 em 1000), sendo o risco maior na população masculina. No entanto os fatores de risco para ITU dependem das características da população, comportamentos do hospedeiro e características das bactérias (Foxman, 2014).

A ocorrência de bacteriúria na pessoa idosa é frequente, mas na maioria das vezes a única manifestação é a alteração do nível de consciência, associada à confusão mental, representando, como tal, uma dificuldade no diagnóstico pela situação inespecífica dada a população em questão (Roriz-Filho et al, 2010). O comprometimento cognitivo grave, a incapacidade nas AVD, história de ITU entre os 85-86 anos e a incontinência urinária são fatores importantes que parecem contribuir para as ITU e que devem ser considerados para a sua prevenção (Caljouw et al, 2011). Importa ainda referir que grande parte das ITU adquiridas, se encontram relacionadas com a algaliação na medida em que esta facilita a infeção eliminando um mecanismo de defesa que é a micção (*flushing* dos microrganismos) contribuindo para a penetração destes na bexiga (Carvalho, 2010) Importa acrescentar que a urina é um ótimo meio de cultura e como tal potencia a ITU (Carvalho, 2010).

As ITU encontram-se associadas a diversos resultados negativos na pessoa idosa, sendo importante agir na sua prevenção (Caljouw, Elzen, Cools, & Gussekloo 2011).

2.AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

A pessoa idosa, pela sua dificuldade em manter o equilíbrio corporal perante o agravamento de doenças crónicas e degenerativas, vai experimentando o declínio das suas capacidades fisiológicas e psicológicas (Bonardi, Souza & Moraes, 2007). A falência no desenvolvimento funcional na pessoa idosa conduz a incapacidades graves e a mortes que poderão ser evitadas (Phipps, Sands & Marek, 2003). Esta é uma situação que poderá ser observável aquando da admissão ou hospitalização da pessoa idosa, e pode ser o resultado de fatores não patológicos, como a nutrição deficiente, depressão, fármacos, entre outros (Phipps et al 2003).

A avaliação da pessoa idosa é multidimensional e consiste na apreciação da capacidade funcional, aspetos sociais, morbilidade e atividade física, assim como na apreciação mental e estado nutricional do idoso (Botelho & Rendas, 1997).

A saúde da pessoa idosa é avaliada pelo grau de preservação da capacidade funcional, e não pela presença ou ausência de doenças (Bonardi et al, 2007). A manutenção da capacidade funcional do idoso é importante pelo impacto na sua qualidade de vida, estando esta relacionada com a atividade profissional até idades mais avançadas e com a realização de atividades agradáveis (Rosa, Benício, Latorre & Ramos, 2003). Compete aos serviços de saúde agir sobre os fatores relacionados com a saúde e manutenção das capacidades funcionais, intervindo a nível da prevenção o mais atempadamente, no que diz respeito aos problemas de visão, controlo da hipertensão e saúde mental (Rosa et al, 2003) A “avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico ao nível da prevenção da deterioração, e contribui para uma maior satisfação” (Sequeira, 2010, p.42).

Na relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa idosa/família, é importante que este seja detentor de competências profissionais e esteja comprometido com o seu trabalho, tendo em consideração a especificidade do ambiente de cuidados, centrando a sua prestação na pessoa idosa (McCormack & McCance, 2013). Ao centrar o seu cuidado na pessoa idosa/família, o enfermeiro trabalha no sentido de conhecer as crenças e valores desta, através de uma presença empática permitindo o seu envolvimento no processo de decisão, conhecendo e promovendo as suas necessidades físicas (McCormack & McCance,

2013). Desta relação espera-se a satisfação, por parte da pessoa idosa, assim como dos cuidados prestados, e ainda o seu envolvimento e aquisição de sentimentos de bem-estar, criando-se um ambiente terapêutico (McCormack & McCance, 2013). Conhecer a pessoa/família é pois fundamental para o cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2013), constituindo a avaliação multidimensional da pessoa idosa o instrumento para adquirir o conhecimento sobre esta, o seu estado e problemas, permitindo uma resposta eficaz, completa e adequada por parte dos profissionais de saúde, e desta forma promover a sua qualidade de vida (GIERM, 2012).

3.MODELO DE PARCERIA DE GOMES (2009, 2013)

O Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009) é um modelo de intervenção de enfermagem com incidência na relação de parceria entre o enfermeiro/Pessoa Idosa baseada em cinco fases: Revelar-se, Envolver-se, Capacitar ou Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o controlo do cuidado de Si ou Assegurar o cuidado do Outro. Este processo visa a individualização da prática de cuidados, na promoção do cuidado de Si.

Na primeira fase, **Revelar-se**, o enfermeiro procura conhecer o potencial de desenvolvimento do doente, suportado por competências comunicacionais e relacionais e estabelecendo o primeiro contacto com a pessoa idosa. Nesta fase procura-se conhecer as características, preferências, crenças, valores e potencial da Pessoa Idosa, ajudando-o a encontrar estratégias para dar continuidade ao seu projeto de vida.

Na segunda fase, **Envolver-se**, o enfermeiro, proporcionando o tempo e o espaço, permite que o doente revele a sua pessoa e desenvolvem uma relação de proximidade e de qualidade. Vai –se construindo um ambiente de confiança mútua e o enfermeiro vai ao encontro do Outro, demonstrando respeito e disponibilidade. Ocorre a partilhando experiências e é dado significado às experiências e é efetuado um plano estratégico, com o intuito de promover o cuidado de Si.

Na terceira fase do processo de parceria **Capacitar ou Possibilitar**, com dupla faceta, procura-se desenvolver uma ação conjunta com o intuito de capacitar a pessoa para assumir o controlo do cuidado de Si, assente nos objetivos predefinidos em conjunto. É considerada a experiência da pessoa e é adequada a linguagem. Quando a Pessoa Idosa tem autonomia, o enfermeiro partilha de responsabilidade e o poder para promover o potencial da pessoa para restaurar a sua funcionalidade,

Na segunda faceta, a relação de parceria passa pela criação de uma ação na qual o enfermeiro promove o cuidado do Outro, assumindo o cuidado da Pessoa Idosa ou daquilo que ele não tem capacidade para realizar.

Na quarta fase, **Comprometer-se**, partilhando de um ponto comum, o enfermeiro desenvolve esforços em conjunto com a Pessoa Idosa para atingir os objetivos estabelecidos em parceria, e baseados na história e a avaliação multidimensional. Gomes (2009,2013) Refere que quando a Pessoa Idosa participa e se sente envolvido nos cuidados, sente-se envolvido nos cuidados e é mais fácil

seguir as recomendações e intervenções do enfermeiro. Neste processo o enfermeiro intervêm como facilitador no compromisso assumido, permitindo a continuação do projeto de vida da Pessoa Idosa.

Na quinta fase, **Assumir o controle do cuidado de Si ou Assegurar o cuidado do Outro** também ela com dupla faceta, a Pessoa Idosa assume o controle do seu projeto de vida e de saúde, quando tem capacidade para tomar as decisões por si próprio e expressa conforto e bem-estar na gestão da sua situação. Ou então, quando não tem essa capacidade, o enfermeiro garante que a família adquira competências para assumir esse papel e cuidar da Pessoa Idosa. É função do enfermeiro nesta fase promover a capacitação do cliente e a competência do cuidador através da manutenção do relacionamento, reforçando o progresso do cliente e apoiando a tomada de decisões. Desta forma o enfermeiro ajuda a Pessoa Idosa e cuidador a aprender novos conhecimentos e habilidades (Gomes, 2009, 2011, 2013).

4.O CUIDADOR FAMILIAR

Fruto da maior longevidade da população impõem-se obstáculos relativamente à resolução dos problemas da pessoa idosa e da manutenção da sua qualidade de vida, sendo de fulcral importância a intervenção dos cuidadores familiares, na prestação de cuidados ao idoso, em concreto, o idoso dependente no domicílio (Sequeira, 2010). Os cuidadores familiares encontram-se expostos às consequências que advêm dessa prestação de cuidados, necessitando de incentivos e de ajuda em situações de maior dificuldade (Sequeira, 2010). Este grupo, representa extrema importância para a manutenção da saúde e bem-estar da pessoa idosa, no entanto, dispõem de poucos recursos de apoio por parte das organizações ficando a relação recetor/dador de cuidados ameaçada (Sequeira, 2010).

A função de cuidar, esteve, desde sempre vinculada às famílias, sendo reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros e, e como principal entidade prestadora de cuidados informais aos indivíduos na última fase da sua vida (Andrade, 2009; Sequeira, 2010). Habitualmente, o membro da família que acaba por desempenhar o papel de Cuidador Principal é aquela pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação de grande parte dos cuidados relacionados com a manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa dependente, sendo, na maioria das vezes desempenhado por mulheres (Andrade, 2009; Sequeira, 2010). A escolha do cuidador é muitas vezes efetuada de forma subtil, e de acordo com as experiências individuais e disponibilidade para o desempenho desse papel (Sequeira, 2010). A filha adulta e solteira, e a esposa idosa a coabitar com a pessoa idosa dependente são normalmente o perfil dos cuidadores informais neste contexto (Andrade, 2009). De referir, que o Cuidador Principal não é remunerado pela sua prestação de cuidados e não detém qualquer tipo de formação específica (Andrade, 2009).

Os cuidadores familiares necessitam de informação/formação e de adequação do espaço e da segurança habitacional (Andrade, 2009). Relativamente às necessidades de informação/formação para prestar cuidados há necessidade de instruir sobre a doença e a dependência do seu familiar, sobre a forma de se relacionarem e até mesmo comunicarem com ele, sobre a execução de pensos e

sobre a satisfação das necessidades físicas da pessoa idosa (como sejam os cuidados de eliminação, de higiene e posicionamentos /levante (Andrade, 2009)

Os cuidadores familiares prestam cuidados físicos e técnicos, e ainda gerem a medicação, o acompanhamento às consultas médicas e os cuidados de vigilância, constantes, e ainda promovem um ambiente seguro e confortável, a comunicação e socialização (Andrade, 2009; Sequeira, 2010). A prestação contínua de cuidados pode, no entanto, sobrecarregar o cuidador induzindo alterações negativas na sua saúde; vida social/familiar, tal como comprometimento da relação com outros membros da família, o lazer; a disponibilidade financeira; a rotina doméstica e o desempenho profissional (Andrade, 2009).

Na maioria dos casos, os cuidadores principais assumem esse papel de prestação tendo por referência a resignação, a obrigação moral, princípios religiosos e, como forma de dar o exemplo aos filhos.

Para colmatar as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares, os serviços de apoio formal das áreas social e de saúde deverão estar despertos para estas situações e atuar atempadamente, prevenindo a sobrecarga do cuidador. (Andrade, 2009).

5.UM ESTUDO DE CASO NA COMUNIDADE

A pessoa idosa sobre a qual se debruça este estudo de caso, o Sr. J.J.O., foi escolhido tendo em conta a situação atual de saúde, isto é, o utente encontrava-se algaliado no domicílio, vindo do hospital da área de residência algaliado, sem indicação do motivo da algaliação. Foi pedido, informalmente, o seu consentimento e o da esposa para o levantamento da sua história de vida e de doença. Para a realização deste estudo de caso foram realizadas três entrevistas à pessoa idosa e esposa, na altura da primeira visita domiciliária, acompanhada pela Enfermeira Cristina, e as seguintes foram realizadas em visitas espontâneas e combinadas com os utentes. A entrevista teve por base o Modelo de Parceria de Gomes (2009), e foram ainda aplicadas escalas para efetuar uma avaliação multidimensional mais aprofundada (encontram-se em anexo).

A aplicação do processo de parceria engloba cinco fases: revelar-se; envolver-se; capacitar ou possibilitar; comprometer-se; assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2009). Estas fases não são estanques e encontram-se interrelacionadas (Gomes, 2009).

Descrição e avaliação da pessoa idosa e família - *Revelar-se*

Nesta fase procura-se conhecer a pessoa idosa, a sua identidade, os seus valores, a sua cultura, o seu contexto de vida e recursos, a sua perceção de doença o seu potencial de desenvolvimento e o seu projeto de vida (Gomes, 2009).

Caracterização sócio-demográfica

O Sr. J.J.O nasceu a 19 de maio de 1924, tem 90 anos de idade é do sexo masculino e preferem que o tratem por J. Nascido na cidade portuguesa de Setúbal, o Sr. J. trabalhava como canalizador e encontra-se atualmente aposentado. Tem como habilitações literárias o 4.º ano de escolaridade. Reside com a esposa, a Sra. D.O., também ela idosa e atualmente com 82 anos de idade, com quem é casado há 54 anos. A Sra. D., era porteira do edifício onde residem atualmente e é esta a cuidadora familiar, encontrando-se também aposentada. O casal teve uma filha, atualmente com 52 anos, a Sra. F.O., casada e com uma filha. A filha do casal liga e realiza visitas frequentes aos pais.

O Sr. J. professa a religião católica, assistindo à missa dominical pela televisão. O Sr. Joaquim é o mais velho de 3 irmãos que já faleceram. A Sra. D. refere, que este possui um bom relacionamento com a filha, no entanto, este tem ainda um carinho especial por uma das suas sobrinhas, a Sra. M. que o visita sempre que pode.

O casal reside num apartamento de porteira (um T0), de dimensões reduzidas, num prédio antigo, na cidade de Setúbal, perto de uma estação de comboios, de mercearia, cafés, pastelaria/pão quente, bancos e jardim. O apartamento comporta uma cozinha, sala com quarto, despensa e instalações sanitárias apenas com lavatório e sanita, e apenas possui janela na cozinha. O apartamento possui água canalizada, eletricidade e gás canalizado. Na altura das visitas, o apartamento encontrava-se um pouco desorganizado, com infiltração de água da chuva em dois cantos da sala com quarto. O Sr. J. possui cama articulada com colchão anti-escaras e um cadeirão para efetuar levantes. A esposa dorme num sofá-cama. Os móveis nesta casa são reduzidos. Este apartamento encontra-se no sétimo andar, de prédio com 2 elevadores.

O Sr. J. entrou para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em janeiro de 2014, após internamento no Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), altura em que ficou dependente. O Sr. J. tem apoio da Associação de Socorros Mútuos, no que respeita à higiene pessoal e posicionamentos, com visitas 3 vezes/dia(no início da manhã para o banho, após almoço para posicionar e trocar fralda, e final do dia para reposicionar e trocar fralda). A esposa refere ainda a visita de fisioterapeuta duas vezes por semana (3^a. e 6.^a feira), para reabilitação. O casal, quando necessário, tem ajuda de vizinhos e filha.

Genograma

O genograma é um instrumento de avaliação familiar adequado para a realização de estudos que englobam a dinâmica e estrutura das familiares, e consiste numa representação esquemática da composição da família e suas relações, através de símbolos padronizados, em pelo menos três gerações (Wendt & Crepaldi, 2008).

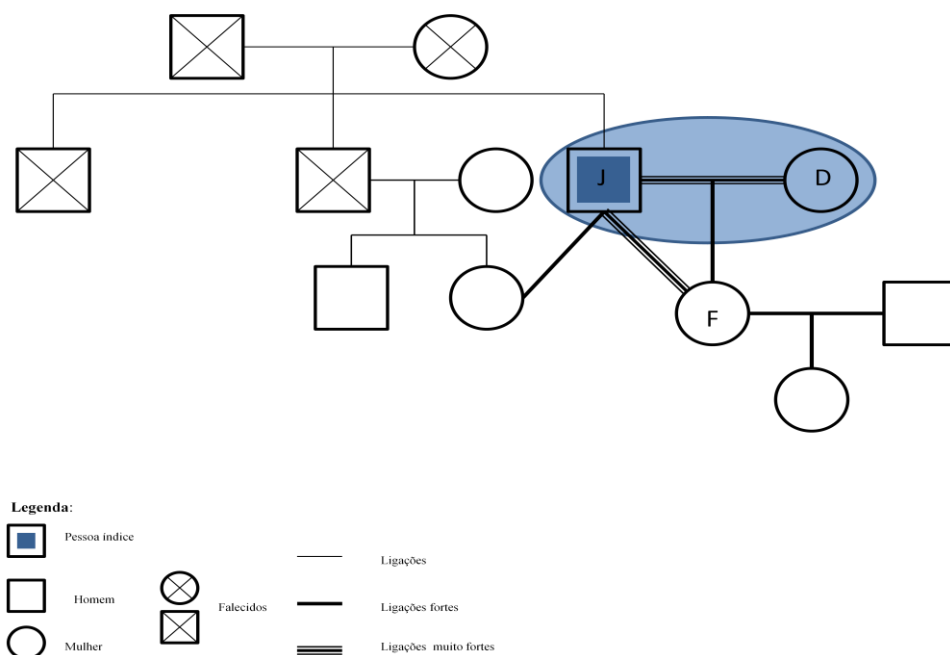


Figura 1: Genograma do Sr. J.J.O.

Ecomapa

O ecomapa, é, à semelhança do genograma, um instrumento de avaliação familiar no entanto o seu objetivo é o de identificar as relações e ligações da família com o meio onde o indivíduo habita (Agostinho, 2007). O Ecomapa pretende representar graficamente as ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família (Agostinho, 2007).

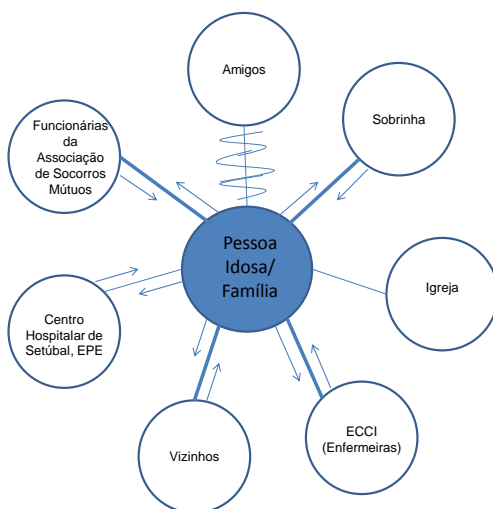


Imagem 2: Ecomapa do Sr. J.J.O.

Antecedentes pessoais

O Sr. J. tem como antecedentes pessoais: HTA, dislipidemia, Doença de Parkinson, Insuficiência Cardíaca, Infecções Respiratórias recorrentes com internamento recente em dezembro de 2013 por esse motivo; ITU em 26 de agosto de 2014, já com 1 mês de evolução na altura, por *Pseudomonas aeruginosa* (sensível a piperacilina e a ceftazidima), sem necessidade de internamento; e PTA esquerda.

A medicação habitual do Sr. J. é a apresentada no quadro que se segue:

Terapêutica	Em jejum	Pequeno Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
Esomeprazol 20mg	1					
Sinemet 25/100mg		1	1		1	
Perindopril + Indapamida 4/1,25mg		1				
Ibuprofeno 600mg		1			1	
Sinvastatina 20mg					1	
Tromalyt 100mg			1			

Quadro 1: Terapêutica instituída ao Sr. Joaquim no domicílio.

Não são conhecidas alergias nem a alimentos, nem a medicamentos. Não há história de hábitos alcoólicos ou tabágicos.

Segundo a esposa o Sr. J. as refeições que lhe confeciona são hipossalinas e moles (“só consegue comer o que estiver “passado”, por isso esmago ou passo a comida na varinha mágica” (sic)). Em média o Sr. J. faz cinco refeições por dia (pequeno almoço, lanche a meio da manhã, almoço, lanche e jantar). A Sra. D. refere que foi instruída a providenciar água regularmente ao seu marido e acrescenta que o faz regularmente (“vou enchendo esta garrafinha durante o dia e dou-lhe água” (sic), referia-se a uma garrafa de 30ccl com uma palhinha).

Habitualmente o Sr. J. ia até á praça, em frente ao seu prédio e conversava com os amigos. Quando ficou doente, após o internamento pela Infecção respiratória, e regressou a casa fazia levantar para o cadeirão e via televisão durante grande parte do dia.

Situação de saúde atual e contexto de vida da pessoa idosa

O Sr. J. encontra-se acamado há cerca de um ano e nove meses, necessitando de apoio total nas suas atividades de vida. Atualmente, por défices motores e gonalgia no MIE, deixou de ser efetuado levante para cadeirão e permanece grande parte do dia no leito a ver televisão, sendo posicionado pelas funcionárias da Associação de Socorros Mútuos quando se deslocam até sua casa. As conversas que tem são com a esposa e alguns vizinhos, filha, neta e sobrinha que o visitam com alguma regularidade.

Após alto do CHS, no início deste ano, o Sr. J. apresentava UPP's, em tratamento, cuja continuidade foi realizada pela ECCI, e atualmente já não apresenta soluções de continuidade da pele, sendo massajado aquando dos posicionamentos. Veio para o domicílio com cateter vesical, sem indicação do motivo no relatório de admissão na RNCCI. A ECCI manteve o Sr. J. algaliado pela UPP na região sagrada. Após cicatrização total da UPP foi proposta desalgaliação, em negociação entre a equipa, familiar e utente. O Sr. J. foi desalgaliado a 14 de Outubro de 2014, numa das visitas da equipa da ECCI da qual participei. Foi retirado cateter de silicone n.º 16, com presença de alguns cristais no balão do cateter, e com urina ligeiramente concentrada e presença de sedimento no saco de drenagem. Foram realizados ensinamentos ao utente e família sobre a necessidade de vigilância de retenção urinária e hidratação oral e reforçado o ensino sobre a necessidade de posicionar de acordo com a tolerância e necessidades do utente e substituição da fralda.

Na altura da visita o utente encontrava-se consciente, orientado na pessoa, tempo e espaço. Apresentava-se calmo, pouco comunicativo. A familiar refere que possui diminuição da acuidade auditiva. O Sr. J. referia dor 3 a nível do MIE (escala numérica da dor). Apresentava pele íntegra e mucosas coradas e hidratadas.

Instrumentos de avaliação utilizados

4.2.1. Envolver-se

Procura-se, nesta fase, estabelecer uma relação de confiança recíproca, disponibilizando tempo e espaço para que essa relação se desenvolva com qualidade, com partilha de significados de experiência e com o intuito de construir um projeto de vida que promova a autonomia da pessoa idosa, tendo como ponto de partida os recursos e conhecimentos de ambos (Gomes, 2009).

Como o Sr. J. foi desalgaliado não foram observados cuidados de manutenção e de despejo do sistema de drenagem, no entanto, relativamente à vigilância e prevenção da ITU foram efetuados ensinamentos. A remoção do catéter urinário foi efetuada com envolvimento e negociação do Sr. J. e cuidadora familiar, em ambiente de abertura e informando consequências e benefícios deste ato.

Para uma avaliação mais abrangente do Sr. J. considere importante o recurso aos seguintes instrumentos de avaliação (ver anexos):

- Mini Nutricional Assessment – 17,5 (Risco de desnutrição);
- Escala de Braden – 14 (Baixo Risco de UPP);
- Escala de Morse - 35/125 (Risco de queda em grau moderado);
- Índice de Barthel – 10 (Totalmente dependente);
- Índice de Katz – é dependente em todas as AVD's;
- Escala de Lawton e Brody – 84 (Dependente em grau elevado);
- Mini-Mental State Examination de Folstein – 14/22 (Apresenta alguns défices de orientação temporo- espacial, falhas de memória e dificuldade em gerir atividades);
- Escala de Depressão Geriátrica – 12 (Depressão ligeira);
- Escala Numérica da dor: dor 3.

O cuidador familiar:

A Sra. D. partilhou histórias de vida com o Sr. J. denotando-se alguma saudade e tristeza pelos tempos que passaram, numa altura em que o Sr. J. era independente e passavam pela cidade. Referiu que necessita por vezes de falar com as vizinhas e desloca-se algumas vezes até ao exterior do prédio para observar as obras de requalificação na rua onde vivem.

Seria importante, se o limite temporal não fosse uma imposição a aplicação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), um instrumento desenvolvido e avaliado para a população portuguesa, para avaliar o impacto do papel do cuidador, sobre si (Sequeira, 2010).

4.2.2. Capacitar e Possibilitar o cuidado do outro

Capacitar e possibilitar é uma fase em que se procura a construção de uma ação conjunta com a pessoa idosa/família, com o intuito de permitir o desenvolvimento de competências para agir e decidir, para que assuma o cuidado

de Si , através de um processo informado e esclarecido com recurso à reflexão e negociação (Gomes, 2009). O enfermeiro, tendo em conta a singularidade da pessoa idosa/família, ajuda- a transformar competências potenciais em reais, substituindo-a no seu cuidado, quando esta não seja capaz realizar a tomada de decisão ou capacitando o cuidador/família para cuidar da pessoa idosa quando esta não seja capaz (Gomes, 2009).

Tendo em conta o exposto o Sr. J. e cuidadora familiar foram instruídos relativamente a alguns cuidados a ter relativamente à atual situação clínica do Sr. J. O utente foi instruído a beber frequentemente água e instruído a informar sobre queixas inerentes à retenção urinária e ITU). Tendo por base a aplicação dos instrumentos de avaliação, foram efetuados ensinamentos à Sra. D. relativamente à hidratação, vigilância da primeira micção e de sinais de ITU. Outros ensinamentos, relativos à alimentação e prevenção de UPP foram efetuados, no entanto, a Sra. D. dispõem de apoio no domicílio nem sempre prestando ela cuidados físicos e técnicos. Foi reforçado ainda o ensino relativo à medicação habitual do Sr. J.

4.3.Diagnósticos identificados e intervenções de enfermagem

4.3.1. *Comprometer-se*

Nesta fase procura-se atingir os objetivos definidos, por forma a assumir ou assegurar a continuação do projeto de vida de saúde da pessoa idosa (Gomes, 2009). Numa base de negociação e de compromisso as intervenções necessárias são implementadas, respeitando a singularidade da pessoa idosa envolvida, e o enfermeiro ajuda e dá suporte, nesse processo assumindo também ele um compromisso com o cuidado dessa pessoa (Gomes, 2009).

Assim sendo, e recorrendo também à avaliação multidimensional do Sr. J. foi elaborado, em conjunto com o utente e seu cuidador familiar um plano de cuidados de enfermagem, com vista à promoção do cuidado de Si.

O cuidado de enfermagem é proporcionado a pessoas de todas as idades, em diferentes estádios de desenvolvimento, em distintas situações de saúde e diferentes condições temporais e espaciais (Orem, 1993).

Os indivíduos possuem fatores externos e internos que influenciam as suas capacidades de autocuidado, assim como quantidade de cuidados requeridos

(Orem, 1993). A idade, o sexo, o estágio de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, os sistemas de saúde, fatores familiares, padrão de vida, fatores ambientais, disponibilidade e adequação dos serviços, são alguns dos fatores que podem influenciar as capacidades de autocuidado terapêutico (Orem, 1993). Os diagnósticos de enfermagem surgem na sequência da colheita de dados e dos elementos que constituem a validação inicial, de crucial importância para a eficácia dos cuidados de enfermagem.

No suprimento das necessidades de manutenção da vida e bem-estar da pessoa doente (Orem, 1993), é função do enfermeiro determinar um diagnóstico, estipular um resultado e instituir intervenções para obter resultados (Johnson et al, 2010). A realização de um “bom planejamento de cuidados para o autocuidado terapêutico pode diminuir o *stress* da realização das atividades para o satisfazer” (Orem, 1993, p. 159).

Apresenta-se em seguida o plano de cuidados, individualizado, do Sr. J., e que foi elaborado tendo como orientação diagnósticos de enfermagem e intervenções segundo a taxonomia CIPE ®.

A CIPE/ICNP® é um instrumento de informação, com o intuito de descrever a prática de enfermagem pela uniformização da linguagem, descrição dos cuidados de enfermagem à pessoa, provimento de dados da prática de enfermagem que possam contribuir para a formação em enfermagem e políticas de saúde, comparação de dados de enfermagem entre populações, incentivo da investigação e antevisão de tendências das necessidades dos doentes (CIE, 2005).

Diagnóstico De Enfermagem	Intervenções de enfermagem
Risco de infecção urinária	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Remover cateter urinário ✓ Ensinar a família/ utente relativamente aos cuidados uretrais/perianeais. ✓ Instruir a família sobre os cuidados inerentes à prevenção da ITU; ✓ Vigiar a eliminação urinária; ✓ Vigiar sinais de infeção; ✓ Incentivar a ingestão hídrica oral; ✓ Fornecer água de hora a hora, ou chá e gelatina em algumas alturas do dia; ✓ Avaliar temperatura em SOS;
Risco de retenção urinária	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar a família sobre sinais de retenção urinária; ✓ Algalhar a pessoa idosa (SOS);
Conhecimento sobre sinais de infeção não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir a família sobre sinais de ITU; ✓ Ensinar sobre autocontrolo infeção; ✓ Ensinar sobre medidas de prevenção de contaminação; ✓ Ensinar sobre vigilância de infeção.
Risco de Úlcera Por Pressão, presente em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir a família sobre cuidados inerentes à prevenção de UPP's; ✓ Instruir a família sobre os recursos preventivos disponíveis e sua utilização; ✓ Incentivar alimentação equilibrada; ✓ Vigiar a pele diariamente; ✓ Posicionar a pessoa idosa de acordo com o seu grau de tolerância/necessidade; ✓ Massajar a superfície corporal com creme hidratante, nas alterações de decúbito e se necessário;
Risco de Queda, presente em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir a família sobre os riscos de queda e medidas a adotar; ✓ Manter a cama travada; ✓ Manter as grades da cama elevadas; ✓ Providenciar utensílios em locais acessíveis à pessoa idosa;

4.3.2. *Assumir o cuidado de si ou assegurar o controlo do cuidado do outro*

Nesta fase, a pessoa assume o controlo sobre o cuidado de Si, quando tem autonomia para o fazer, ou terá o enfermeiro de assegurar este cuidado com os conhecimentos que possui, ou com a ajuda da família, quando a pessoa idosa não detém capacidade de assumir o controlo do seu próprio cuidado (Gomes, 2009).

No presente caso clínico, compete à ECCI capacitar, planear e mobilizar os recursos existentes, de modo a dar continuidade ao iniciado, com vista a assegurar o cuidado do Sr. J., e continuando com a manutenção do seu projeto de saúde.

No entanto, foi realizada uma visita no dia posterior ao da remoção do cateter vesical, verificando-se que o Sr. J. já não apresentava risco de retenção urinária. A cuidadora familiar mostrou-se sempre recetiva e participativa nos ensinamentos realizados e estratégias apresentadas, relativamente à prevenção da ITU e outros problemas encontrados no Sr. J.

CONCLUSÃO

O enfermeiro deve, na área dos cuidados à pessoa idosa, conhecer não só as patologias crônicas frequentes neste grupo etário, como deve ser capaz de efetuar uma avaliação multidimensional por forma a identificar problemas e intervir de forma efetiva, diminuindo a incapacidade da pessoa.

Benner (2001) defende que o recurso a estudos de caso proporciona a capacidade de interiorizar conhecimentos relativos a determinados conceitos, sendo um instrumento essencial na aprendizagem. De fato, a realização deste estudo de caso revelou-se uma metodologia de aprendizagem importante, pela exigência do conhecimento da pessoa idosa, família e contexto social; pela necessidade de pesquisa, interligação de conhecimentos anteriores de envelhecimento e ITU e que contribuíram para o enriquecimento profissional e aplicação prática da avaliação multidimensional da pessoa idosa, assim como a aquisição de competências nos domínios:

- Da responsabilidade profissional, ética e legal, pela promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Do domínio da melhoria contínua da qualidade: pela colaboração e gestão de programas de melhoria contínua da qualidade;
- Do domínio da gestão de cuidados: pela gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem;
- Do domínio das aprendizagens profissionais: pelo desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade e pelo recurso a uma praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. (OE, 2010).

Em jeito de conclusão, posso acrescentar que o enfermeiro deverá orientar a sua prática para a centralização da pessoa idosa e no seu (s) cuidador(es) familiar(es), sendo detentor de um corpo de conhecimentos fundamentais para o exercício da enfermagem, dentro da equipa multidisciplinar e das instituições vocacionadas para assistência em saúde geriátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Agostinho, M. (2007). Ecograma. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23,327-30. Acedido em 17-11-2014. Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10366&path%5B%5D=10102>.
- Andrade, F.M.M. (2009). O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Tese de Mestrado. Braga. Acedido a 17-11-2014. Disponível em https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf.
- Bonardi, G., Souza, V. B. A. & Moraes, J. F. D. (2007). Incapacidade funcional e idosos: um desafio para profissionais de saúde. *Scientia Medica*. 7 (3), 138-144.
- Botelho, M.A. & Rendas, A.B. (1997). Avaliação multidimensional de idosos: estudo piloto no ambulatório. *Arquivos de medicina*. 11(3), 167-172. Acedido em 19-06-2014. Disponível em http://run.unl.pt/bitstream/10362/3328/1/Rendas_1997_Avaliacao%20multidimensional%20de%20idosos.pdf.
- Caljouw, M.A.A., Elzen, W.P.J.E., Cools, H.J.M. & Gussekloo, J. (2011). Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. a population-based prospective follow-up study. *BioMed Central*, 9, 1-8. Acedido em 05-04-2014. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-9-57.pdf>.
- Carvalho, A. (2010). Infecção do aparelho urinário. *Cadernos de saúde*. 3 (Especial), 35-38. Acedido em 15-11-2014. Disponível em http://www.cadernosdesaude.org/menu/docs/C_Saude_3_Especial_Infeccao.pdf.

- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (3.ªed.). Lisboa: Lidel – edições técnicas.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *CIPE/ICNP – Classificação Internacional para a prática de enfermagem - Beta 2. 3.ªEd.*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Costa, M. A. M., Agreda, J. J. S., Ermida, J. G., Cordeiro, M. P. A. A., Almeida, M. L. F., Cabete, D. G., ... Lopes, J. M. S. (1999). *O Idoso: Problemas e realidades*. Coimbra: FORMASAU –Formação e Saúde, Lda.
- DGS (2010). Elementos estatísticos: Informação Geral - Saúde 2009/2010. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 01-06-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/elementos-estatisticos-2009-2010.aspx>.
- DGS (2012). Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida. Acedido em 19.06-2014. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_4_2_Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida_2013_01_173.pdf.
- Filho, E. T. C. & Netto, M. P. (2004). *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Foxman, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. *Infectious Disease Clinics of North America*, 28, 1-13.
- Gomes, I. (2009). Cuidado de Si. A natureza da Parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento. Lisboa. Acedido em 17-07-2014.

- Disponível em
<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3800/4/Tese%20PhD%20Enfermagem%20Idalina%20Gomes.pdf>
- GIERM (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 01/06/2014. Disponível em
http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., Maas, M., MoorHead, S. ... Swanson, E. (2010). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. (2.^a ed.). Porto Alegre: Artemed Editora, S.A..
- McCormack, B. & McCance, T. (2013). *Person-centred Nursing: Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Netto, M. P. (1999). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- O.E. (2010). Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Recuperado a 29-05-2014. Disponível em
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Orem, E. D. (1993). *Modelo de Orem*. Barcelona: Masson – Salvat Enfermaria.
- Phipps, W., Sands, J.K. & Marek, J.F. (2003). *Enfermagem Médico Cirúrgica – conceitos e prática clínica*. (6.^a ed.). Loures: Lusociência – Edições técnicas e Científicas, Lda.
- Roriz-Filho, J.S., Vilar, F. C., Mota, L.M., Leal, C. L. & Pisi, P. C. B. (2010). Infecção do trato urinário. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 43(2),118-25.
- Rosa, T.E.C., Benício, M.H.D., Latorre, M.R.D.O. & Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*. 37 (1), 40-48. Acedido em 19-06-2014. Disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>.

- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. (9.ªed.) Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A..
- Wendt, N. C. & Crepaldi, M. A. (2008). A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302-310. Acedido em 15-11-2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n2/a16v21n2.pdf>.
- Ventura, M.M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista Sociedade de cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*. 20(5), 383-386. Acedido em 19-06-2014. Disponível em http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf.

ANEXOS

ANEXO I:

Mini Nutricional Assessment



Mini Nutritional Assessment MNA®

Sobrenome:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter o escore indicador de desnutrição.

Triagem	J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum estresse psicológico ou doença agudados últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m]²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	K O paciente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»
G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
L O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Escore da triagem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Escore total (máximo 30 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos <input type="checkbox"/>	desnutrido

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10 : 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A : M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10 : 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

FONTE:

GIERM (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 01/06/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

ANEXO II:

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Serviço: _____		Nome do avaliador: _____		Idade: _____		Data da avaliação: _____	
<p>Percepção sensorial Capacidade de percepção de sensações significativas ao desconforto</p>		<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>		<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou iniquitação, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>		<p>3. Limitada: Reage a estímulos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>		<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>	
<p>Humidade Nível de exposição da pele à humidade</p>		<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>		<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>		<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>		<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>	
<p>Actividade Nível de actividade física</p>		<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>		<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>		<p>3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>		<p>4. Andar frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>	
<p>Mobilidade Capacidade de alternar e controlar a posição do corpo</p>		<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>		<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>		<p>3. Pouco limitada: Raramente muda a posição completa e geralmente com ajuda. A ingestão de comida que lhe é oferecida, a ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou peixe. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.</p>		<p>4. Pouco limitada: Raramente muda a posição completa e geralmente com ajuda. A ingestão de comida que lhe é oferecida, a ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou peixe. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.</p>	
<p>Nutrição Alimentação habitual</p>		<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou peixe). OU Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido.</p>		<p>2. Pouco pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou peixe). OU Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido.</p>		<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactícos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>		<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactícos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>	
<p>Fricção e forças de deslizamento</p>		<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>		<p>2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.</p>		<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>			
								<p>Pontuação total</p>	

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989. Validada para Portugal por Margalo, Carlos, Miguel, Cristina, Fátima, Pedro, Guacira, João, Fátima, Kátia (2001)

ANEXO III:

Escala de Morse

<i>Morse Fall Scale - Versão original¹³</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed read/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

TOTAL SCORE: _____

RESULTADO:

0-24 – BAIXO RISCO

25-44 – MÉDIO RISCO

≥45 - ALTO RISCO

FONTE:

Urbanetto, J.S.U., Creutzberg, M., Franz, F., Ojeda, S., Gustavo, A.S., Bittencout, Q.L.S. ... Farinam, V. A. (2013). Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Revista Escola de Enfermagem São Paulo*, 47 (3), 569-575. Acedido em 01-06-2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>

ANEXO IV:

Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL – ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

ALIMENTAÇÃO	INDEPENDENTE (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessa de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5
	DEPENDENTE	0
VESTIR	INDEPENDENTE (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	DEPENDENTE	0
BANHO	INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	DEPENDENTE	0
HIG. CORPORAL	INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	DEPENDENTE	0
USO CASA BANHO	INDEPENDENTE (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	DEPENDENTE	0
CONTROLO INTESTINAL	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5
	INCONTINENTE FECAL	0
CONTROLO VESICAL	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5
	INCONTINENTE OU ALGALIADO	0
SUBIR ESCADAS	INDEPENDENTE (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/deScer escadas)	5
	DEPENDENTE	0
TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA	INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA (Ajuda mínima e supervisão)	10
	NECESSITA DE GRANDE AJUDA (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	DEPENDENTE	0
DEAMBULAÇÃO	INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15
	NECESSITA DE AJUDA (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS (anda pelo menos 50 metros)	5

	DEPENDENTE	0
PONTUAÇÃO / NÍVEL DE DEPENDÊNCIA:		
90 – 100 – Independente		
60 – 89 – Ligeiramente dependente		
40 – 55 – Moderadamente dependente		
20 – 35 – Severamente dependente		
<20 – Totalmente dependente		

FONTE:

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Edições

ANEXO V:

Escala de Lawton e Brody

ESCALA DE LAWTON E BRODY	
Capacidade de usar o telefone:	
Utiliza o telefone por iniciativa própria	1
É capaz de marcar bem alguns números familiares	1
É capaz de atender o telefone mas não fazer marcações	1
Não utiliza o telefone	0
Fazer compras:	
Realiza todas as compras necessárias de forma independente	1
Realiza de forma independente pequenas compras	0
Necessita ir acompanhado para fazer qualquer tipo de compra	0
É incapaz de fazer compras de forma independente	0
Preparação da comida:	
Organiza, prepara e serve a comida de forma adequada	1
Prepara adequadamente a comida se lhe disponibilizarmos os ingredientes	0
Prepara, aquece e serve a comida mas não segue adequadamente a dieta	0
Necessita que lhe preparem e sirvam a comida	0
Trabalho doméstico:	
Mantém a casa limpa e arrumada necessitando de ajuda ocasional	1
Realiza tarefas ligeiras como lavar a loiça ou fazer as camas	1
Realiza tarefas ligeiras mas não consegue manter um nível de limpeza adequado	1
Necessita de ajuda para todas as tarefas domésticas	1
Não realiza nenhuma tarefa doméstica	0
Tratar da roupa:	
Lava a sua roupa de forma independente	1
Lava apenas pequenas peças de roupa	1
O tratamento da roupa é feito por terceiros	0
Utilização de transportes:	
Viaja sozinho em transportes públicos ou na sua própria viatura	1
É capaz de apanhar um táxi mas não usa outro meio de transporte	1
Viaja em transportes públicos quando acompanhado por outra pessoa	1
Utiliza o táxi ou outros transportes com ajuda de outra pessoa	0
Não viaja	0
Medicação:	
É capaz de tomar a sua medicação à hora e na dose correta	1
É capaz de tomar a sua medicação quando previamente preparada	0
Não é capaz de auto-administrar a sua medicação	0
Gestão de recursos monetários:	
Gere de forma independente os seus recursos económicos	1
Realiza as compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda nas compras maiores	1
É incapaz de gerir o seu dinheiro	0

FONTE:

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.

ANEXO VI:

Mini-Mental State Examination de Folstein

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____
Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____
Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____
Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pera _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pera _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

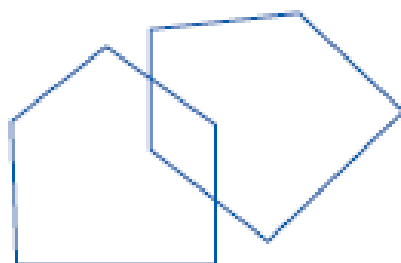
d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

FONTE:

GIERM (2012). Avaliação Geriátrica. Acedido em 01/06/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

ANEXO VII:

Escala de Depressão Geriátrica

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	
2. Colocou de lado muitas atividades e interesses?	
3. Sente a sua vida vazia?	
4. Fica muitas vezes aborrecido?	
5. Tem esperança no futuro?	
6. Anda incomodado (a) com pensamentos que não consegue afastar?	
7. Está bem-disposto (a) a maior parte do tempo?	
8. Tem medo que lhe vá acontecer algo de mau?	
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	
10. Sente-se muitas vezes sem auxílio/desamparado(a)?	
11. Fica muitas vezes inquieto (a) e nervoso(a)?	
12. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	
14. Pensa que tem mais problemas de memória do que os outros?	
15. Pensa que é bom estar vivo(a)?	
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	
17. Sente-se inútil?	
18. Preocupa-se muito com o passado?	
19. Considera a vida interessante?	
20. É difícil começar novas atividades?	
21. Sente-se cheio(a) de energia?	
22. Sente que a situação é desesperada?	
23. Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua?	
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	
25. Tem dificuldades em se concentrar?	
26. Gosta de se levantar pela manhã?	

27. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?		
28. Tem facilidade em tomar decisões?		
29. O seu pensamento é tão claro como era antes?		0

PONTUAÇÃO / NÍVEL DE DEPENDÊNCIA:

0 - 10 – Ausência de depressão

11 - 20 – Depressão ligeira

>20 – Depressão grave

FONTE:

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.

ANEXO VIII:

Escala Numérica da Dor

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

FONTE:

DGS (2003). Circular Normativa n.º 9 de 14 – 06 – 2003

APÊNDICES

APÊNDICE I:

Instrumento de colheita de dados segundo o Modelo de Parceria (Gomes, 2009)

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009, 2013)

FASE: REVELAR-SE

INDICADOR: IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA	
Nome	
Nome pelo qual prefere ser tratado	
Idade	
Estado civil	
Profissão	
Habilitações Literárias	
Morada	
Contactos	
Crenças Religiosas	

INDICADOR: CONTEXTO DE INTER-RELAÇÃO SOCIAL	
Agregado familiar – pessoas com quem vive	
Número de filhos	
Pessoa de referência	
Cuidador familiar	
Condições habitacionais	
Situação económica – que dificuldades	
Recursos comunitários	

Atividades recreativas	
Projeto de vida	
INDICADOR: REDE DE APOIO	
Médico de família	
Enfermeiro de família	
Apoio domiciliário organizado - Alimentação - Higiene habitacional - Higiene pessoal	
Frequências de visitas médicas, de enfermagem e fisioterapeutas	
Rede de apoio de vizinhos e amigos	
Necessidades da pessoa idosa	
Necessidades do familiar cuidador	

INDICADOR: ACONTECIMENTO DE DOENÇA E SEU SIGNIFICADO (CONTEXTO DA DOENÇA)	
Origem (domicílio; hospital, centro de saúde, serviço)	
Diagnósticos	
Antecedentes pessoais, cirúrgicos e alergias	
Medicação habitual no domicílio	
Regime terapêutico	

Adesão ao regime terapêutico	
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, tabágicos, alcoólicos, estupefacientes, atividade física)	
Impacto da doença na sua vida	
Sinais e sintoma de ITU	
Outros	


INDICADOR: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA	
Avaliação cognitiva	
Avaliação emocional	
Avaliação sensorial - audição e visão	
Avaliação das atividades básicas de vida diária	
Avaliação das atividades instrumentais de vida diária	
Avaliação do Risco de desenvolvimento de UPP	
Avaliação da dor	
Avaliação do Estado Nutricional	
Avaliação do risco de Quedas	

Recursos materiais: auxiliares de marcha, prótese ocular, auditiva ou outras	
Avaliação dos sinais vitais	
Sexualidade (padrão, disfunções, preocupações)	

INDICADOR: IDENTIDADE DO CUIDADOR FAMILIAR	
Nome	
Nome pelo qual prefere ser tratado	
Idade	
Estado civil	
Profissão	
Habilitações Literárias	
Crenças religiosas	
Contacto telefónico	

INDICADOR: PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO CUIDADOR FAMILIAR	
Físicos, cognitivos, emocionais e de saúde	
Literacia em saúde	
Sobrecarga do cuidador	
Preocupações e medos	

Apresentação do Estudo de Caso da UCC



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa
5º Curso De Mestrado Em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica
Enfermagem à Pessoa Idosa
3.º Semestre
ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ESTUDO DE CASO NA COMUNIDADE

***PREVENÇÃO DA ITU: REMOÇÃO DO
CATÉTER URINÁRIO PRECOCEMENTE***

Discente: Vera Oliveira, Nº 5389
Sob Orientação de: Professora Doutora Idalina Gomes

Lisboa, 26 de Novembro de 2014

AGENDA

INTRODUÇÃO

1. OBJETIVOS

2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A ITU

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC

CONCLUSÃO

INTRODUÇÃO

- **O ESTUDO DE CASO:**

- Um recurso: uma forma de pesquisa utilizável em várias áreas do conhecimento (Ventura, 2007);
- Estudo descritivo: visa a investigação em pormenor de um indivíduo, um grupo ou organização, procurando dar resposta a relações de causalidade (Fortin, 2009);
- Utente da UCC (estágio na comunidade);
- Prevenção da ITU – remoção precoce do catéter urinário.

1. OBJETIVOS

- Efetuar uma revisão da literatura por forma a adquirir e aprofundar conhecimentos na área da ITU e envelhecimento;
- Identificar e descrever os focos de intervenção do enfermeiro especialista no presente estudo de caso;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa.

2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A ITU



Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48.
Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda
Caljouw, M.A.A., Elzen, W.P.J.E., Cools, H.J.M. & Gussekloo, J. (2011). Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population: a population-based prospective follow-up study. *BioMed Central*, 9, 1-8

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC



Gomes, I. (2009). *Cuidado de Si: A natureza da Parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento. Lisboa.
GIERM (2012). *Avaliação Geriátrica*. Acedido em 01/06/2014. Disponível em http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GIERM_36.pdf

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC

- REVELAR-SE (GOMES, 2009):

- IDENTIFICAÇÃO:

- ✦ Sr. J.J.O (J.)
 - ✦ Sexo masculino
 - ✦ Nasceu a 19 de Maio de 1924 (90 anos) em Setúbal;
 - ✦ Canalizador, atualmente aposentado;
 - ✦ Habilitações literárias: 4.º ano de escolaridade;

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC

- REVELAR-SE (GOMES, 2009):

- CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR:

- ✦ 2 irmãos e pais falecidos;
 - ✦ Reside com a esposa (Sra. D.O.), de 82 anos de idade;
 - ✦ Casado há 54 anos;
 - ✦ Cuidadora familiar – esposa;
 - ✦ Uma filha, atualmente com 52 anos (Sra. F.O.) – contactos frequentes.

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC

- REVELAR-SE (GOMES, 2009) – CONT.:

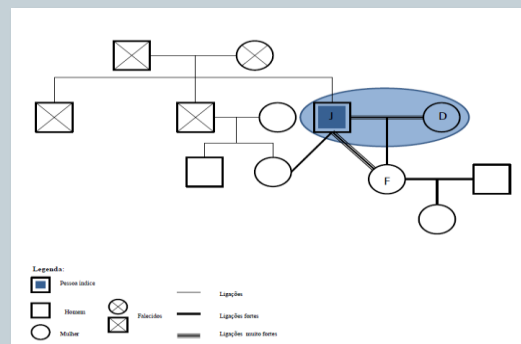
- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA (CONT.)

- ✦ Apartamento de porteira (um To): cozinha, sala com quarto, despensa e instalações sanitárias (lavatório e sanita); uma janela)
- ✦ Água canalizada, eletricidade e gás canalizado.
- ✦ Desorganização;
- ✦ Infiltração de água da chuva em dois cantos da sala com quarto.
- ✦ Cama articulada com colchão anti-escaras;
- ✦ Cadeirão para levantes;
- ✦ A esposa dorme num sofá-cama;
- ✦ Móveis reduzidos;
- ✦ 7.º andar (com elevadores).

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC

- REVELAR-SE (GOMES, 2009) – CONT.:

- GENOGRAMA:



3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC

- REVELAR-SE (GOMES, 2009) – CONT.:

- ECOMAPA:



3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC

- REVELAR-SE (GOMES, 2009) – CONT.:

- ANTECEDENTES PESSOAIS:

- ✦ HTA, dislipidemia, Doença de Parkinson, Insuficiência Cardíaca, Infecções Respiratórias recorrentes com internamento recente em Dezembro de 2013 por esse motivo; ITU em 26 de Agosto de 2014; e PTA esquerda.
- ✦ Medicação Habitual.
 - Esomeprazol 20mg
 - Sinemet 25/100mg
 - Perindopril + Indapamida 4/1,25mg
 - Ibuprofeno 600mg
 - Sinvastatina 20mg
 - Tromalyt 100mg

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC



- **REVELAR-SE (GOMES, 2009) – CONT.:**

- **CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA E SITUAÇÃO ATUAL:**

- ✦ 5 refeições diárias – dieta mole hipossalina;
 - ✦ Agora acamado;
 - ✦ Algaliado desde último internamento.
 - ✦ Entrada na RNCCI em Janeiro de 2014;
 - ✦ Apoio da Associação de Socorros Mútuos: higiene pessoal e posicionamentos, com visitas 3 vezes/dia;
 - ✦ Fisioterapeuta duas vezes por semana (3.^a e 6.^a feira), para reabilitação;
 - ✦ Ajuda de vizinhos e filha.

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC



- **ENVOLVER-SE (GOMES, 2009):**

- **INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO:**

- ✦ Mini Nutricional Assessment – **17,5 (Risco de desnutrição);**
 - ✦ Escala de Braden – **14 (Risco Moderado de UPP);**
 - ✦ Escala de Morse - **35/125 (Risco de queda em grau reduzido);**
 - ✦ Índice de Barthel (capacidade funcional) – **10 (Totalmente dependente);**
 - ✦ Escala de Lawton e Brody (atividades básicas e instrumentais de vida diária)– **84 (Dependente em grau elevado);**
 - ✦ Mini-Mental State Examination de Folstein – **14/22 (Apresenta alguns défices de orientação tempo/espço, falhas de memória e dificuldade em gerir atividades);**
 - ✦ Escala de Depressão Geriátrica – **12 (Depressão ligeira);**
 - ✦ Escala Numérica da dor: **dor 3.**

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC



- ENVOLVER-SE (GOMES, 2009) – CONT.:

- O CUIDADOR FAMILIAR:

- ✦ Partilha de histórias de vida com o Sr. J.
 - ✦ Saudade e tristeza pelos tempos que passaram, numa altura em que o Sr. J. era independente
 - ✦ Referiu necessidade de comunicar com as vizinhas
 - ✦ Desloca-se até ao exterior do prédio para observar as obras de requalificação na rua onde vivem
 - ✦ Preocupada com a qualidade de vida do Sr. J.
 - ✦ Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) (Sequeira, 2010) – limitação temporal.

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC



- ENVOLVER-SE (GOMES, 2009) – CONT.:

- ✦ Remoção do catéter urinário;
 - ✦ Envolvimento e negociação do Sr. J. e cuidadora familiar;
 - ✦ Ambiente calmo
 - ✦ Informando consequências e benefícios deste ato;
 - ✦ Decisão conjunta.

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC

- **CAPACITAR E POSSIBILITAR O CUIDADO DO OUTRO (GOMES, 2009):**

- **O SR. J.:**

- ✦ Instruído a beber frequentemente água;
 - ✦ Instruído a informar sobre queixas inerentes à retenção urinária e ITU;

- **CUIDADORA FAMILIAR:**

- ✦ Efetuados ensinios:
 - Hidratação;
 - Vigilância da primeira micção e de sinais de ITU;
 - Outros ensinios (alimentação, prevenção de UPP, gestão medicação).

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC

- **COMPROMETER-SE(GOMES, 2009):**

Diagnóstico De Enfermagem	Intervenções de enfermagem
Risco de infecção urinária	<ul style="list-style-type: none">✓ Remover catéter urinário✓ Ensinar a família/ utente relativamente aos cuidados uretrais/peritaneais.✓ Instruir a família sobre os cuidados inerentes à prevenção da ITU;✓ Vigiar a eliminação urinária;✓ Vigiar sinais de infeção;✓ Incentivar a ingestão hídrica oral;✓ Fornecer água de hora a hora, ou chá e gelatina em algumas alturas do dia;✓ Avaliar temperatura em SOS;
Risco de retenção urinária	<ul style="list-style-type: none">✓ Ensinar a família sobre sinais de retenção urinária;✓ Algalhar a pessoa idosa (SOS);
Conhecimento sobre sinais de infeção não demonstrado	<ul style="list-style-type: none">✓ Instruir a família sobre sinais de ITU;✓ Ensinar sobre autocontrolo infeção;✓ Ensinar sobre medidas de prevenção de contaminação;✓ Ensinar sobre vigilância de infeção;
Risco de Úlcera Por Pressão, presente em grau moderado	<ul style="list-style-type: none">✓ Instruir a família sobre cuidados inerentes à prevenção de UPP's;✓ Instruir a família sobre os recursos preventivos disponíveis e sua utilização;✓ Incentivar alimentação equilibrada;✓ Vigiar a pele diariamente;✓ Posicionar a pessoa idosa de acordo com o seu grau de tolerância/necessidade;✓ Massajar a superfície corporal com creme hidratante, nas alterações de decúbito e se necessário;
Risco de Queda	<ul style="list-style-type: none">✓ Instruir a família sobre os riscos de queda e medidas a adotar;✓ Manter a cama travada;✓ Manter as grades da cama elevadas;✓ Providenciar utensílios em locais acessíveis à pessoa idosa;

3. UM ESTUDO DE CASO NA UCC

- ASSUMIR O CUIDADO DE SI OU ASSEGURAR O CONTROLO DO CUIDADO DO OUTRO (GOMES, 2009):

- ✦ ECCI capacitar, planear e mobilizar os recursos existentes, de modo a dar continuidade ao iniciado;
- ✦ Realizada visita no dia posterior ao da remoção do catéter vesical – micção espontânea;
- ✦ Cuidadora familiar: recetiva e participativa nos ensinamentos realizados e estratégias apresentadas, relativamente à prevenção da ITU e outros problemas encontrados.

CONCLUSÃO

- Estudos de caso proporcionam a capacidade de interiorizar conhecimentos relativos a determinados conceitos, sendo um instrumento essencial na aprendizagem (Benner, 2001).
- Aquisição de competências de enfermeiro especialista nos domínios:
 - ✦ Da responsabilidade profissional, ética e legal, pela promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
 - ✦ Do domínio da melhoria contínua da qualidade: pela colaboração e gestão de programas de melhoria contínua da qualidade;
 - ✦ Do domínio da gestão de cuidados: pela gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem;
 - ✦ Do domínio das aprendizagens profissionais: pelo desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade e pelo recurso a uma praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.



Muito Obrigada!

APÊNDICE XXIV:

UCC: Intervenções de enfermagem na prevenção da ITU de acordo com a
CIPE©



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa

5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica -

Vertente Pessoa idosa

3.º Semestre

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

***UCC: Intervenções de enfermagem na prevenção da ITU de acordo
com a CIPE***

Autores:

Vera Oliveira n.º5389;

Sob orientação de:

Professora Doutora Idalina Gomes

UCC

Setúbal, setembro/outubro de 2014

INTRODUÇÃO:

Este documento, realizado no âmbito do estágio do 5º curso de pós-licenciatura e mestrado em enfermagem médico-cirúrgica - vertente pessoa idosa e do projeto ***Intervenções de enfermagem na prevenção da Infecções do Trato Urinário(ITU)***, tem como objetivo a identificação e clarificação de intervenções de enfermagem das intervenções de enfermagem de acordo com a CIPE/ICNP®, para posterior implementação no sistema informático (SAPE) na UCC.

As intervenções de enfermagem propostas têm como foco de intervenção para a prática de enfermagem: a eliminação vesical, a incontinência urinária, a retenção urinária e a infeção urinária.

As intervenções propostas visam a prevenção de complicações associadas à eliminação urinária, uma vez que a prevenção é um ponto-chave da prestação de cuidados de enfermagem. Isto é, as intervenções de enfermagem situam-se por um lado “em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente” (Collière, 1999, p. 285).

Com o intuito de promover a prevenção da infeção na pessoa idosa é importante que os cuidados de enfermagem se baseiem num quadro de atuação centrado na pessoa tendo como objetivo principal a obtenção de resultados dependentes de pré-requisitos como o ambiente de cuidados, o processo de prestação de cuidados e os atributos do enfermeiro (McCormack & McCance, 2010)

Tendo em linha de conta o exposto, as intervenções propostas pretendem espelhar intervenções pertinentes no controlo da infeção do trato urinário, pelo envolvimento da família na comunidade e pela aplicação de conhecimentos científicos nesta área com o intuito de permitir as boas práticas de cuidados, com vista a promoção da melhoria de cuidados e a promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

1.INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ALGALIAÇÃO E PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA DE ACORDO COM A CIPE

A CIPE/ICNP[®] é um instrumento de informação, com o intuito de descrever a prática de enfermagem pela uniformização da linguagem, descrição dos cuidados de enfermagem à pessoa, provimento de dados da prática de enfermagem que possam contribuir para a formação em enfermagem e políticas de saúde, comparação de dados de enfermagem entre populações, incentivo da investigação e antevisão de tendências das necessidades dos doentes (CIE, 2005). Esta classificação descreve a prática de enfermagem através da classificação de fenómenos, ações e resultados de enfermagem, com objetivo máximo de atingir a qualidade ou promoção de mudanças na prática de enfermagem pelo recurso ao ensino, à gestão e também à investigação (CIE, 2005).

1.1.Foco da Prática de Enfermagem:

No presente contexto e tendo em consideração a temática inerente ao projeto, a ITU, importa selecionar como focos da prática de enfermagem: eliminação vesical, incontinência urinária, retenção urinária e infeção.

1.2.Diagnósticos de enfermagem relacionados com a eliminação vesical:

O diagnóstico de enfermagem é uma “designação atribuída por uma enfermeira à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem.” (CIE, 2005, p.XV). Os diagnósticos propostos na área da prevenção da ITU são:

- A. Eliminação vesical alterada
- B. Incontinência urinária adquirida
- C. Risco de retenção urinária
- D. Risco de Infeção (urinária)

1.3.Alvo:

A entidade que é influenciada pela intervenção de enfermagem é designada, de acordo com a linguagem CIPE de alvo. Neste contexto, são alvos de ação de enfermagem: a pessoa/idoso e o prestador de cuidados.

1.4.Classificação das ações de enfermagem – intervenções de enfermagem sugeridas:

As ações de enfermagem, revelam o comportamento dos enfermeiros no contexto de trabalho e podem ser de: observar, gerir, executar, atender, informar (CIE, 2005).

A ação observar “é um tipo de ação de Ação de Enfermagem com as características específicas: Ver e observar cuidadosamente alguém ou alguma coisa.” (CIE, 2005, p.146). Neste sentido, são sugeridas as seguintes ações de enfermagem:

1. Observar integridade do cateter urinário/algália e saco de drenagem.
2. Observar características da urina.
3. Observar integridade do cateter urinário/algália e saco de drenagem.
4. Observar características da urina.

A ação examinar “é um tipo de Diagnosticar com as características específicas: inquirir minuciosamente e analiticamente alguma coisa ou alguém a fim de estabelecer com precisão a presença de algo.” (CIE, 2005, p. 146). As ações de enfermagem sugeridas neste âmbito são:

1. Examinar junto do prestador de cuidados e pessoa sobre características da urina.
2. Examinar junto do prestador de cuidados e pessoa sobre o débito urinário.

A ação rastrear “é o tipo de Examinar com as seguintes características: distinguir entre os que estão a sofrer de uma doença ou de outro fenómeno e os que o não estão.” (CIE, 2005, p. 146). A intervenção sugerida neste campo de ação é:

1. Rastrear sinais de infeção urinária.

A ação verificar “é um tipo de Diagnosticar com as características específicas: estabeleceu verdade ou correção de alguma coisa.” (CIE, 2005, p.147).

1. Verificar a permeabilidade do cateter urinário.
2. Verificar a necessidade de ensino ao prestador de cuidados relativamente à manutenção do cateter urinário e vigilância de sinais de infeção.

Vigiar é uma ação de enfermagem do “tipo de Observar com as características específicas: manter o escrutínio de alguém ou de alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo.” (CIE, 147). Neste âmbito sugere-se como intervenção:

1. Vigiar eliminação urinária.

NOTA: associar a esta intervenção as seguintes frases *standard*, que correspondem a características da urina:

- Coloração acastanhada;
- Coloração amarelo citrino;
- Coloração alaranjada;
- Coloração cor “vinho do Porto”;
- Incolor;
- Cheiro cetónico;
- Cheiro adocicado;
- Cheiro *suis generis*;
- Aspeto turva;
- Aspeto concentrado;
- Aspeto límpido;
- Outro;
- Presença de sedimento;
- Presença de sangue;
- Presença de pus;
- Quantidade moderada;
- Quantidade reduzida;
- Quantidade insignificante;
- Não urinou;
- Não tem urina.

A ação monitorizar “é um tipo de Vigiar com as características específicas: observar alguém ou alguma coisa em ocasiões repetidas e regulares.” (CIE, 2005, p.147). São sugeridas as seguintes ações de enfermagem, tendo atenção este conceito:

1. Monitorizar características da urina.
2. Monitorizar eliminação urinária, junto da família/prestador de cuidados/utente.

Supervisionar, é uma ação também considerada relevante no contexto do controlo da infeção. Esta ação pode ser definida como o “tipo de Monitorizar com as características específicas: vigiar o progresso de alguém ou de alguma coisa” (CIE, 2005, p.147). Como ação de enfermagem pode ser sugerida a seguinte:

1. Supervisionar o prestador de cuidados nos cuidados inerentes à manutenção do cateter urinário/algália e substituição do saco de drenagem.

Otimizar, é uma ação de enfermagem que de acordo com a CIE (2005, p.149) “é o tipo de Manter com as características específicas: obter o melhor resultado”. Como intervenções de enfermagem, podem ser levantadas as ações:

1. Otimizar cateter urinário/algália.
2. Otimizar saco de drenagem.

A ação reforçar é definida pela CIE (2005, p. 154) como “um tipo de Apoiar com as características específicas: fortalecer alguma coisa e ou alguém”. São sugeridas como intervenções:

1. Reforçar ensino relativo à ingestão hídrica.
2. Reforçar ensino relativo aos cuidados inerentes à manutenção do cateter urinário.
3. Reforçar ensino relativo à manutenção do saco de drenagem.
4. Reforçar ensino relativo à substituição do saco de drenagem.
5. Reforçar ensino relativo aos cuidados uretrais/perineais.

A ação promover “é um tipo de Assistir com as seguintes características: ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa.” (CIE, 2005, p. 154). A intervenção proposta neste campo de intervenção é:

1. Promover a hidratação oral do indivíduo.

A ação ensinar “é um tipo de Informar com as características específicas: dar a alguém informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde.” (CIE, 2005, p. 156). São sugeridas as seguintes intervenções, no âmbito da prevenção da ITU:

1. Ensinar a família/utente a substituir o saco de drenagem urinária.
2. Ensinar a família/utente a otimizar o saco de drenagem urinária.
3. Ensinar a família/utente relativamente aos cuidados uretrais/perianais.
4. Ensinar a família/utente relativamente à ingestão hídrica.

Instruir é “um tipo de Ensinar com as características específicas: dar a alguém informação sistemática sobre como fazer alguma coisa.” (CIE, 2005, p.156). Podem ser levantadas as seguintes intervenções:

1. Instruir o prestador de cuidados para a necessidade de hidratar a pessoa algaliada.
2. Instruir o prestador de cuidados/doente para a necessidade de hidratação.

A ação inserir pode ser definida como “um tipo de Executar com as características específicas: pôr, introduzir ou colocar alguma coisa dentro de uma parte do corpo.” (CIE, 2005, p. 153). A intervenção construída neste sentido foi:

1. Inserir cateter urinário.

Remover é uma ação de enfermagem do “tipo Executar com as características específicas: retirar ou eliminar alguma coisa.” (CIE, 2005, p.153). A intervenção sugerida é:

1. Remover cateter urinário.

Trocar é uma ação que pode ser definida como “um tipo de Executar com as características específicas: substituir uma coisa por outra.” (CIE, 2005, p.154).

1. Trocar cateter urinário.
2. Trocar saco de drenagem urinária.

CONCLUSÃO

A CIPE/ICNP® é recurso importante para a obtenção da visibilidade da prática de enfermagem nos sistemas de informação de saúde, assentando no princípio de que esta não é estanque, mas encontra-se em permanente transformação e tem como objetivo a obtenção de resultados dos cuidados de saúde (CIE, 2005), em particular na prevenção da infecção do trato urinário.

Com o intuito de promover a prevenção da infecção na pessoa idosa é importante que os cuidados de enfermagem se baseiem num quadro de atuação centrado na pessoa e família, tendo como objetivo central a obtenção de resultados dependentes de pré-requisitos como o ambiente de cuidados, o processo de prestação de cuidados e os atributos do enfermeiro (McCormack & McCance, 2010).

BIBLIOGRAFIA:

Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (3.ªed.). Lisboa: Lidel – edições técnicas.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *CIPE/ICNP – Classificação Internacional para a prática de enfermagem - Beta 2. 3.ªEd.*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

McCormack, B.& McCance (2010). *Person-centred Nursing: Theory and Practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.

APÊNDICE XXV:

Apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem da UCC

PowerPoint da apresentação do projeto/sessão de formação à equipa de enfermagem da UCC



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica -Vertente Pessoa Idosa

A prevenção da infeção do trato urinário na pessoa idosa como intervenção de enfermagem - Projeto -

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Vera Oliveira, Nº 5389
Sob Orientação de: Professora Doutora
Idalina Gomes

Setúbal, Outubro de 2014

Índice

Introdução

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO
2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA
 - 2.1. PERTINÊNCIA DO PROJETO
 - 2.2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA
 - 2.3 AS GUIDELINES DE 2009
 - 2.4. QUADRO DE REFERÊNCIA E CONCEÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS
3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS
 - 3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO
 - 3.2. FINALIDADE E OBJETIVOS DO PROJETO
4. CRONOGRAMA
5. FASES DO PROJETO
6. ESTÁGIO NA UCC

Conclusão

INTRODUÇÃO

As IACS são um obstáculo ao tratamento apropriado da pessoa doente, constituindo uma causa de significativa morbi-mortalidade e de consumo acrescido dos recursos hospitalares e comunitários

Cerca de um terço das IACS são evitáveis.

A ITU não é um problema recente, no entanto, é das doenças adquiridas a nível hospitalar mais frequentes, estando o seu impacto associado à algaliação .

DGS (2013). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

Newman, D. K. & Willson, M.M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. Urologic Nursing, 31(1), 12-29.

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
DGS – Direção Geral de Saúde

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

TEMA: IACS, nomeadamente as ITU na pessoa idosa.

TÍTULO: A prevenção da ITU na pessoa idosa como intervenção de enfermagem.

PALAVRAS CHAVE: IACS; ITU; Pessoa Idosa; Intervenções de Enfermagem.

DATA DE INÍCIO: 29 de Setembro de 2014

DURAÇÃO: 5 meses

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS: Unidade de Cuidados na Comunidade; Centro Hospitalar Barreiro/Montijo – CCI; CHS –SUG, CCI.

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
ITU – Infecção do Trato Urinário

CCI – Comissão de Controlo de Infecção
SUG – Serviço de Urgência Geral

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.1. PERTINÊNCIA DO PROJETO

DGS 2013 - Programa de Saúde Prioritário

Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos.

Problemática na pessoa idosa

Prevalência de casos de IH e uso de AM						
Grupos Etários	Distribuição Etária	Infeção Hospitalar			Uso de Antimicrobianos	
		n	%	IC95%	n	%
< 1 ano	5,3%	52	5,4%	(4,1%;7%)	192	19,9%
1-4 anos	1,1%	8	4,0%	(1,7%;7,7%)	107	53,5%
5-14 anos	1,5%	11	4,0%	(2%;7,1%)	135	49,6%
15-24 anos	3,2%	34	5,8%	(4,1%;8,1%)	214	36,8%
25-34 anos	5,9%	48	4,5%	(3,3%;5,9%)	370	34,5%
35-44 anos	7,8%	86	6,1%	(4,9%;7,4%)	575	40,5%
45-54 anos	10,1%	174	9,5%	(8,2%;10,9%)	815	44,3%
55-64 anos	13,6%	293	11,8%	(10,6%;13,2%)	1102	44,5%
65-74 anos	18,3%	420	12,6%	(11,5%;13,8%)	1564	47,0%
75-84 anos	22,8%	531	12,8%	(11,8%;13,9%)	2083	50,2%
85 ou > anos	10,3%	258	13,8%	(12,2%;15,4%)	1060	56,6%
Total	18199	1926	10,6%	(10,2%;11,1%)	8244	45,4%

*n=102 hospitais; não inclui o hospital que fez a versão light
Fonte: "Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses", Inquérito 2012, Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde.
Disponível em www.dgs.pt

DGS (2013a). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido em 05-04-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>

DGS – Direção Geral de Saúde

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.1. PERTINÊNCIA DO PROJETO

Localização das IH	% Doentes com Infeção (IC 95%)	% do total de IH	Confirmação Microbiológica
Infeção Vias Resp Inf	620 – 3,4% (3,1 - 3,8)	29,3%	38,5%
Inf vias urinárias	444 – 2,4% (2,2 – 2,7)	21,1%	73,9%
Inf Local Cirúrgico	377 – 2,1% (1,9 – 2,3)	18%	52,8%
Inf. Corrente Sanguínea	171 – 0,9% (0,8 – 1,1)	8,1%	98,8%
Inf. Gastrointestinal	123 – 0,7% (0,6 – 0,8)	5,9%	58,5%
Inf. Pele e Tec. Moles	105 – 0,6% (0,5 – 0,7)	5%	--
Outras infeções	262 – 1,5%	12,5%	--
Total	2103 – 10,6% (10,1 -11,0)	100%	--

444 ITU adquiridas no Hospital



23% com catéter vesical - Prevalência de infeção de 7,4%
Sem catéter vesical - Prevalência de 0,9%

DGS (2013). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido em 05-04-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013.aspx>

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

Pergunta de partida:

Quais as intervenções de enfermagem na prevenção da infecção urinária na pessoa idosa?



Bases de dados, arquivo ESEL e pesquisa na *world wide web*.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA



Foxman, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. *Infectious Disease Clinics of North America*, 28, 1-13.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

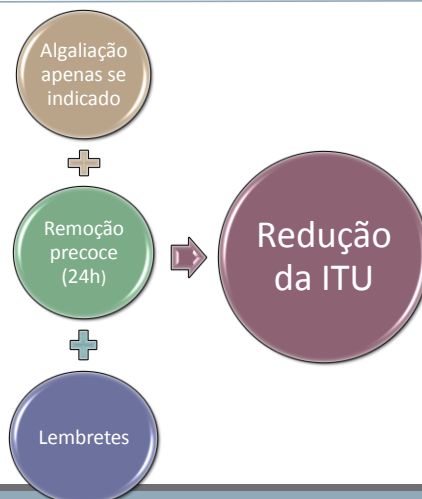
2.2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA



Caljouw, M.A.A., Elzen, W.P.J.E., Cools, H.J.M. & Gussekloo, J. (2011). Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population. a population-based prospective follow-up study. *BioMed Central*, 9, 1-8.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

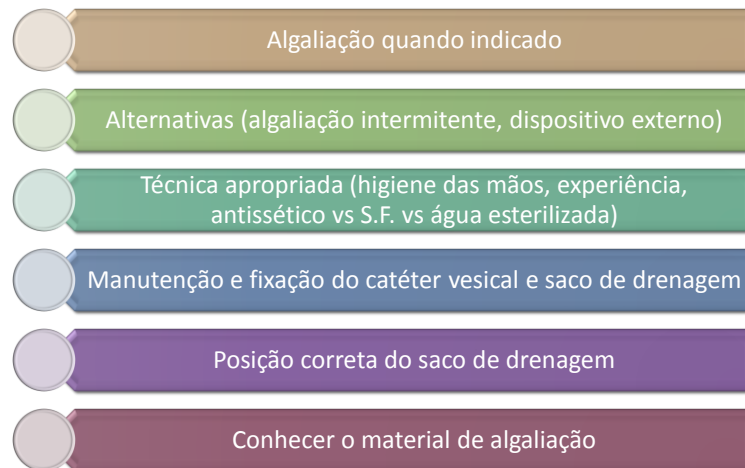
2.2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA



HICPAC (2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. CDC.
Mori, C. (2014). A-voiding catastrophe: implementing a nurse-driven protocol. *Medsurg Nursing*, 23(1), 15-28.

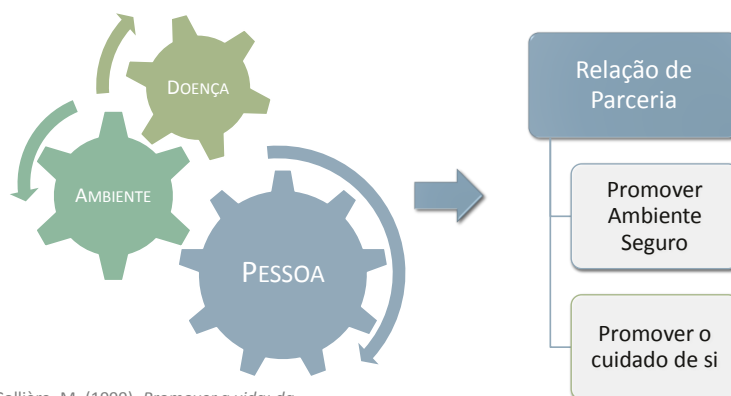
2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.3. AS GUIDELINES DE 2009



2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.4. QUADRO DE REFERÊNCIA E CONCEÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS



Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (3.ªed.). Lisboa: Lidel – edições técnicas

Gomes (2007). O conceito de parceria na interação enfermeiro/doente idoso – da submissão à acção negociada. In I. Gomes (coord.). *Parceria e cuidado de enfermagem – uma questão de cidadania* (pp. 67- 113). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Localização da Infecção	IACS	Prevalência (%)
Aparelho Respiratório	12	37,5
Pneumonia	10	31,3
Outras Inf. Resp. Inferiores	2	6,2
Local Cirúrgico	6	18,7
Inicisional Superficial	1	3,1
Inicisional Profunda	1	3,1
Outros Locais	4	12,6
Aparelho Urinário	4	12,6
I. Urinária Sintomática c/conf.	2	6,3
I. Urinária Sintomática s/conf.	2	6,3
I. Pele e Tecidos Moles	4	12,6
I. Pele	2	6,3
I. Tecidos Moles	2	6,3
Outras (U. decúbito, mastite, etc.)	0	0,0
Oftalmo, Oviduto, Nariz, Boca	2	6,3
Infecções do olho	1	3,1
Infecções do ouvido	0	0,0
Infecção Oral	1	3,1
Inf. Vias Resp. Superiores	0	0,0
I. Corrente Sanguínea	1	3,1
BSI c/ confirmação laboratorial	1	3,1
Rel. c/CVC e CVP	0	0,0
Aparelho Cardiovascular	1	3,1
I. Vascular s/ confirmação lab.	1	3,1
Endocardite, Miocardite/Pericardite	0	0,0
Aparelho Gastrointestinal	1	3,1
I. Intra-abdominal	1	3,1
I. por Clostridium difficile	0	0,0
Gastroenterite e outras	0	0,0
I. Aparelho Reprodutor	1	3,1
Endometrite	1	3,1
Outras infecções	0	0,0
Outras	0	0,0
Infecção Óssea/ Articular	0	0,0
Infecção do SNC	0	0,0
Infecção Sistêmica	0	0,0
Total	32	100,0

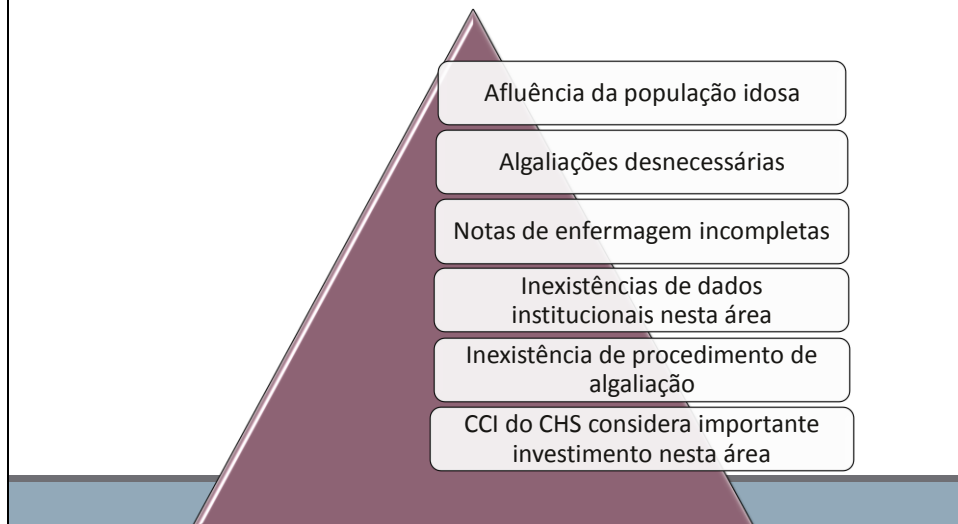
Dispositivos Invasivos	N.º Doentes (%)	Com IACS	Prevalência de IACS
Intubação Traqueal	Sim 5 (2,5%)	4	80,0%
	Não 206 (97,7%)	25	12,0%
Cateter vascular central	Sim 28 (13,1%)	11	39,3%
	Não 186 (86,9%)	18	9,7%
Cateter vascular periférico	Sim 130 (60,7%)	19	14,6%
	Não 83 (38,8%)	10	12,0%
Cateter urinário	Sim 59 (27,6%)	14	23,7%
	Não 151 (70,6%)	14	9,3%

12,6% : 3.ª Principal Causa de IH

Comissão de Controlo de Infecção - HSB (2013). Relatório: Inquérito de prevalência de infecção 2012.

3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO



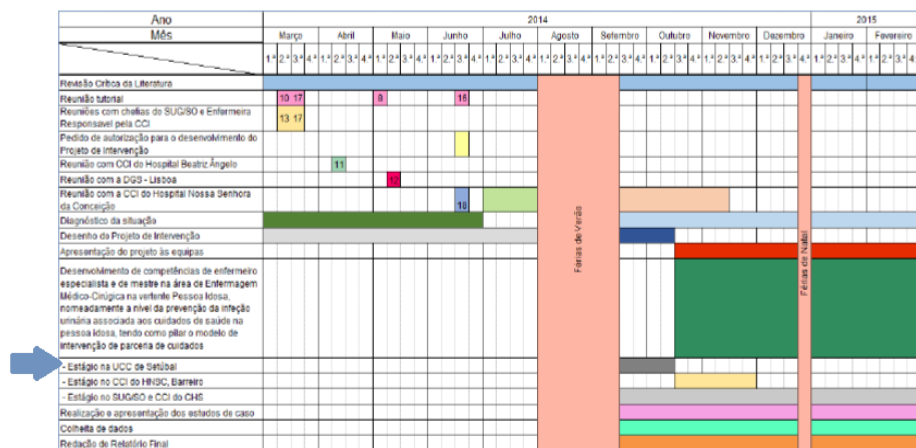
3.2. FINALIDADE E OBJETIVOS DO PROJETO

FINALIDADE: Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – vertente pessoa idosa, nomeadamente a nível da prevenção da infeção urinária associada aos cuidados de saúde na pessoa idosa.

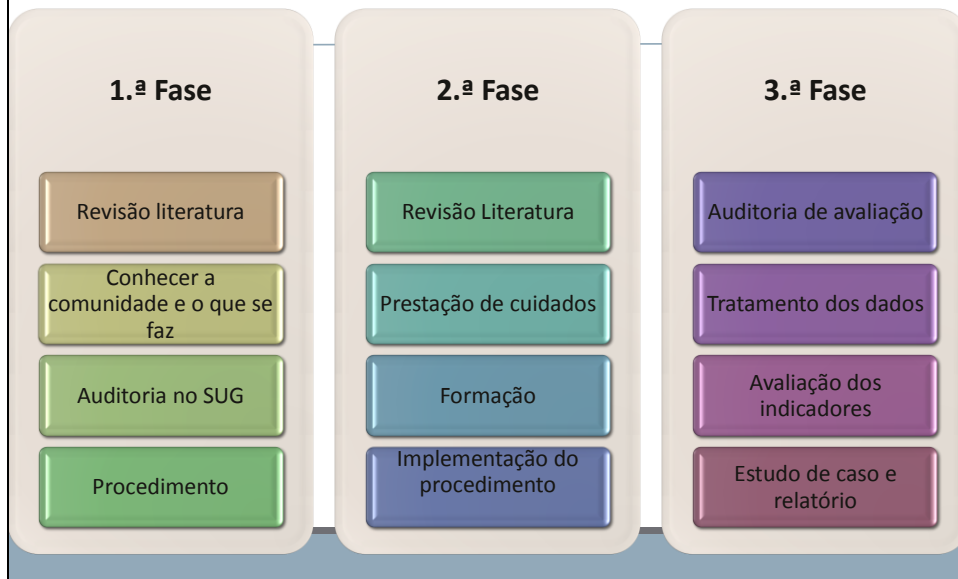
Objetivos Gerais

1. Contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa, em contexto de urgência prevenindo, nomeadamente, a infeção urinária;
2. Promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem na prevenção da infeção urinária na pessoa idosa, pelo evitar algaliações desnecessárias, assim como pela manutenção correta e remoção precoce do catéter urinário em doentes algaliados.

4. CRONOGRAMA



5. FASES DO PROJETO



6. ESTÁGIO NA UCC

UCC - O QUE ESTAVA PLANEADO

1. OBJETIVO GERAL: Contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa, em contexto de urgência prevenindo, nomeadamente, a infeção urinária				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ESTRATÉGIAS/ATIVIDADES	Humanos	Materiais	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1.4. Intervir na comunidade, prevenindo a infeção urinária na pessoa idosa, com envolvimento da família e equipa multidisciplinar dos cuidados de saúde primários.	<p>a. Realização de um estágio de 4 semanas na UCC de Setúbal;</p> <p>b. <u>Revisão da literatura</u> sobre infeção urinária e sua prevenção;</p> <p>c. Na comunidade, em apoio domiciliário pela deteção de necessidades relativas à prevenção das infeções urinárias, <u>aconselhar a pessoa idosa e família, sobre cuidados de prevenção da infeção urinária</u>, quer a pessoa idosa se encontre algaliada ou não, promovendo o cuidado de si e o envolvimento da família;</p> <p>d. Incentivar a ingestão hídrica</p> <p>e. Na pessoa algaliada <u>promover cuidados de manutenção do catéter vesical, despejo do saco e cuidados para a sua substituição</u>;</p> <p>f. Colaborar com a equipa de enfermagem no sentido de flexibilizar a relação entre a UCC de Setúbal e o CHS, na pessoa idosa com alta hospitalar algaliada, com vista à sua monitorização na comunidade.</p>	<p>Discente;</p> <p>Docente;</p> <p>Enfermeiros</p> <p>Orientador e da CCI;</p> <p>Enfermeira Chefe do SUG/SO;</p> <p>Equipa de Enfermagem,</p>	<p>Computador pessoal;</p> <p>Informações da CCI;</p> <p>Bibliografia de referência;</p> <p>Bases de dados científicas;</p> <p>Instrumentos de avaliação multidisciplinar.</p>	<p>a, b, c, d, e, f. Estudo de caso;</p> <p>c, e, f. Número de doentes a quem se realizou visita domiciliária;</p> <p>c, d, e, f. Registos das observações realizadas;</p> <p>e, f. Feedback da equipa de enfermagem, pessoa idosa e família na comunidade;</p> <p>a, b, c, f. Relatório de estágio (fundamentação teórica e resultados).</p>

6. ESTÁGIO NA UCC

- Visitação Domiciliária (conhecer a população, ambiente e o que se faz)
- Estudo de caso
- Intervenções de enfermagem de acordo com a CIPE
- Panfleto de apoio aos ensinos
- Reflexões

**O QUE ESTÁ A SER
REALIZADO:**



CONCLUSÃO

O presente projeto visa monitorizar não só a ITU no SUG/SO do CHS, como também intervir a nível da prevenção na ITU, contribuindo desta forma para a melhoria de cuidados tal como defendido pela Ordem dos Enfermeiros.

O. E. (2012a). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem –Enquadramento Conceptual*, Enunciados Descritivos. Divulgar.

O.E. (2012b). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 05-04-2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf.



OBRIGADA!

APÊNDICE XXVI:

Folheto educativo para a visita domiciliária

QUANDO CONSULTAR O SEU MÉDICO/ENFERMEIRA?

- QUANDO O UTEENTE

TIVER FEBRE OU A
URINA TIVER UM
CHEIRO INTENSO OU
FOR ESPESSA OU TUR-
VA.



- SE A URETRA SE

ENCONTRAR COM INFLAMAÇÃO. SE OBSERVAR SAN-
GUE DENTRO OU À VOLTA DA Sonda.

- QUANDO NÃO URINAR OU O VOLUME DE URINA

DIMINUIR ACENTUADAMENTE APESAR DA INGES-
TÃO ABUNDANTE DE LÍQUIDOS.

- SE PERDER URINA EM GRANDE QUANTIDADE POR

FORA DA ALGÁLIA.

IMPORTANTE:

BEBER NO MÍNIMO 1,5 L DE ÁGUA POR DIA.

PODERÁ REFORÇAR A HIDRATAÇÃO COM CHÁS,
SUMOS OU GELATINA.



ÁGUA

Elaborado por: Enfermeira Vera Oliveira
Com a colaboração de: Enfermeira Madalena
Mourata

A ALGÁLIA DEVE SER SUBSTITUÍDA NO DIA

___/___/___

UCC Península Azul - Setúbal

Rua Damão n.º 1, 2.º andar
2900-340 SETÚBAL

Tel.: 2655312006

Fax Geral: 265531249

**Unidade de Cuidados na
Comunidade—Península Azul**

SETÚBAL

CUIDADOS AO UTEENTE COM CATETER URINÁRIO (ALGÁLIA)

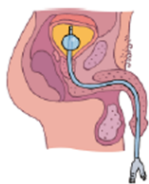


TEL.: 265531206



CUIDADOS AO UTENTE ALGALIADO

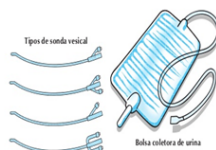
A Sonda Vesical é um “tubo” que se utiliza para esvaziar e recolher a urina da bexiga. As sondas vesicais são utilizadas nos casos em que não se consegue urinar.



NECESSITAM DE UMA SÉRIE DE CUIDADOS POR PARTE DO PACIENTE OU DO SEU CUIDADOR

DE FORMA A MANTER O SEU FUNCIONAMENTO ADEQUADO E EVITAR INFECÇÕES.

A sonda liga-se a uma saca coletor, que pode ser fixada na lateral da cama, da cadeira de rodas ou na perna do paciente (caso ele ande).



A HIGIENE

OS ÓRGÃOS GENITAIS DEVEM SER LAVADOS DIARIAMENTE E SEMPRE QUE NECESSÁRIO.

ANTES:

1. LAVE AS MÃOS.
2. UTILIZE LUVAS DESCARTÁVEIS. CASO NÃO TENHA LUVAS DEVERÁ LAVAR AS MÃOS E DE SEGUIDA DESINFETÁ-LAS COM ÁLCOOL A 70°.
3. PREPARE O MATERIAL PARA A HIGIENE

MATERIAL PARA A HIGIENE:

- ESPONJA, QUE DEVE SER EXCLUSIVA PARA LAVAR OS GENITAIS;
- BACIA DE ÁGUA TÉPIDA;

- SABÃO;
- TOALHA.

DURANTE:

NAS MULHERES: LAVE A REGIÃO GENITAL NA VERTICAL—NUM ÚNICO SENTIDO—DE CIMA PARA BAIXO E NUNCA DE BAIXO PARA CIMA ;

NOS HOMENS: DEVE EXPOR A GLANDE (CABEÇA DO PÊNIS), PUXANDO O PREPÚCIO (PELE DO PÊNIS) PARA BAIXO, E LAVE A REGIÃO GENITAL COM MOVIMENTOS CIRCULARES.

DEPOIS:

NAS MULHERES: CERTIFIQUE-SE DE QUE A PELE DA ZONA GENITAL FICA BEM SECA, APLICANDO MOVIMENTOS IDÊNTICOS AOS DA LAVAGEM

NOS HOMENS PUXE O PREPÚCIO NOVAMENTE PARA CIMA.

1. LAVE AS SUAS MÃOS.

POSICIONAMENTO E FIXAÇÃO DA ALGÁLIA E DO SACO DE URINA

QUANDO O DOENTE ESTÁ DEITADO:

- O SACO DE URINA DEVERÁ ESTAR SEMPRE ABAIXO DO NÍVEL DA BEXIGA;
- DEVE FICAR PENDURADO NUM SUPORTE APROPRIADO;
- NÃO DEVE FICAR ENROLADO OU DOBRADO.

QUANDO O DOENTE ESTÁ LEVANTADO:

- O TUBO DEVE SER FIXO COM ADESIVO NA ZONA INTERNA DA COXA;
- DEIXE UMA PEQUENA FOLGA PARA EVITAR TRAUMATISMOS DA URETRA E BEXIGA.



- PRENDA O SACO NUMA DAS PERNAS, DE FORMA A QUE ESTE NÃO CAIA NO CHÃO. PODE UTILIZAR UMA FITA, ELÁSTICO OU ADESIVO EM VOLTA DA PERNA.

MUDANÇA DO SACO DE URINA

O SACO DE URINA DEVE MANTER-SE SEMPRE FECHADO PARA DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO.

DEVE SER DESPEJADO SEMPRE QUE SE ENCONTRAR CHEIO. O DESPEJO PODE SER EFETUADO PARA A SANITA OU PARA UM BACIO APENAS PARA ESSE EFEITO. PARA TAL, DEVERÁ ABRIR A VÁLVULA QUE PERMITE A SAÍDA DE URINA, USANDO LUVAS PARA A EXECUÇÃO DESTES PROCEDIMENTOS.

O SACO DEVERÁ SER SUBSTITUÍDO EM CASO DE RUTURA, SEPARAÇÃO DA ALGÁLIA OU QUANDO SE ENCONTRE EM MÁS CONDIÇÕES DE HIGIENE (COM ALTERAÇÃO DA COR E/OU MAU CHEIRO).

NA SUBSTITUIÇÃO DO SACO DEVE-RA:

1. LAVAR AS MÃOS;
2. RETIRAR O SACO DE URINA QUE SE ENCONTRA CONECTADO À ALGÁLIA SEM TOCAR NA EXTREMIDADE DA ALGÁLIA;
3. UNIR O NOVO SACO DE URINA À ALGÁLIA SEM TOCAR COM A EXTREMIDADE DO SACO EM NENHUMA SUPERFÍCIE E TENDO O CUIDADO DE FECHAR A VÁLVULA DO SACO.
4. CERTIFICAR-SE DE QUE AS LIGAÇÕES FICAM BEM ENCAIXADAS.



APÊNDICE XXVII:

Reflexão sobre as aprendizagens e competências adquiridas no estágio na
UCC



Escola Superior De Enfermagem De Lisboa

5º Curso De Mestrado Em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Enfermagem à Pessoa Idosa

3.º Semestre

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Reflexão sobre as aprendizagens e competências adquiridas no estágio na UCC

Discente:

Vera Oliveira n.º5389

Docente:

Professora Idalina Gomes

Setúbal

29 de setembro a 24 de outubro de 2014

REFLEXÃO SOBRE O ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE SETÚBAL

ESTÁGIO DECORRIDO ENTRE 29 DE SETEMBRO E 24 DE OUTUBRO DE 2014

No âmbito do 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, foi realizado um estágio de 4 semanas numa Unidade de Cuidados na Comunidade, em Setúbal. Durante estas tempo foi possível acompanhar a equipa de enfermagem nas visitas domiciliárias realizadas na área de influência da cidade de Setúbal, observando práticas de cuidados, ensinamentos personalizados, levantamento de necessidades e recursos, avaliação multidimensional da pessoa idosa e relação estabelecida.

A visita domiciliária constitui um instrumento importante para a prática de cuidados de enfermagem na comunidade, representando uma aproximação dos determinantes em saúde no âmbito familiar (Universidade de São Paulo (USP), Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) & Ministério da Saúde (MS), 2001). Pela visita domiciliária a enfermeira compreende as relações familiares, os estilos de vida dos vários conviventes, as formas de solidariedade entre gerações e como os familiares contribuem para o processo de cura/projeto de saúde da pessoa idosa (USP, IDS & MS, 2001). A visita domiciliária permite ainda entender as funções sociais, económicas, ideológicas e perspetivas sobre o trabalho dos vários elementos da família (USP, IDS & MS, 2001). É possível, com a reunião de todos estes indicadores, que o enfermeiro que promove a visita domiciliária avalie os riscos que determinado indivíduo tem no seio da comunidade, intervindo, desta forma, de acordo com as suas necessidades (USP, IDS & MS, 2001).

A visita domiciliária é de fato um instrumento valioso na prestação de cuidados na comunidade, tornando-se também por isso o instrumento de eleição para este estágio, sendo necessária a sua correta utilização para então conhecer e compreender a pessoa idosa e intervir sobre as suas necessidades. É função do enfermeiro especialista prestar uma assistência baseada nas melhores práticas e preferências do cliente, implementando estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria, recorrendo ao juízo baseado no conhecimento e experiência na tomada de decisão (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Embora o conceito de família enquanto grupo da comunidade, esteja a sofrer profundas alterações, esta representa para os seus membros proteção, bem-estar e solidariedade entre as gerações (Augusto et al, 2005). A família procurar dar respostas às suas próprias necessidades enquanto grupo, assim como às necessidades individuais de cada membro, como resposta às necessidades sociais (Augusto et al, 2005). A família é “a linha da frente da relação humanizada, personalizada e dignificante da pessoa, em qualquer fase da vida e em qualquer idade em que esta se encontra” (Augusto et al, 2005, p. 40). Os cuidados na comunidade, devem assim, procurar dar respostas às necessidades da pessoa idosa, concretizando os seus desejos e vontades, com dignidade, integridade e partilha de momentos instigadores de bem-estar, dando sentido a esta última fase da vida (Augusto et al, 2005).

O estágio neste contexto permitiu observar como as relações são construídas, sendo necessário tempo e confiança, envolvendo a pessoa idosa e a família no cuidado de Si e/ou do Outro, dando progressão ao projeto de vida e saúde destas pessoas idosas que necessitam de cuidados, vendo em progresso uma verdadeira relação de parceria. Confesso que, trabalhando num serviço de urgência, e vendo o tipo de relação que se estabelece na comunidade, fui invadida por um sentimento de alguma inveja pela qualidade das relações que fui observando. Confesso ainda, que no contexto das minhas práticas procuro a cada dia que passa reproduzir este tipo de relação, apesar de, pelas características e filosofia do próprio serviço nem sempre isso ser possível.

Quer a visita domiciliária, quer a relação de parceria, são instrumentos fundamentais para a prática de cuidados em qualquer contexto, devendo existir por parte dos enfermeiros, em particular os especialistas, um esforço para que as estratégias de resolução de problemas sejam desenvolvidas em parceria com a pessoa idosa (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

O acompanhamento desta equipa permitiu compreender as ligações entre a equipa de enfermagem, cliente e família, e ainda entre a restante equipa multidisciplinar e recursos da comunidade. Os enfermeiros conhecem bem os seus clientes, envolvem-se com a família, procuram soluções e acionam os recursos existentes na comunidade, por forma a satisfazer as necessidades reais desta

população, mesmo quando não existe informação concreta por parte de instituições de saúde de onde os idosos têm alta.

A preparação para alta foi de fato uma lacuna encontrada aquando da observação participante dos cuidados prestados na comunidade à pessoa idosa. A maioria dos idosos referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), vindos do hospital, não vêm com dados relativos ao internamento e necessidades nos cuidados pós alta, e os que trazem, na sua maioria, têm essa informação incompleta. Em conversas informais, constatei que é um problema habitual e uma preocupação por parte da equipa de enfermagem que presta cuidados, mas que ainda não conseguiram resolver na medida em que depende muito das respostas dadas pela equipa multidisciplinar hospitalar de onde provêm os clientes. Algumas dessas situações prendiam-se com clientes idosos, algaliados, alguns sem motivo aparente e outros sem qualquer indicação da data de algaliação ou de substituição, tipo de material e até mesmo motivo de internamento e avaliação multidisciplinar. Os familiares, também eles, podem não conseguir dar resposta às necessidades da pessoa idosa com alta hospitalar, não possuindo conhecimentos e nem havendo registos relativos a ensinamentos sobre cuidados a ter com a pessoa idosa no domicílio, em particular, uma vez mais em relação à pessoa idosa algaliada ou com história de ITU. Como tal, o ensino à família deve ser reforçado na comunidade. Tal como refere Augusto et al (2005, p.47-48) “ (...) para garantir a continuidade de cuidados e a utilização apropriada dos recursos, as equipas de saúde responsáveis pelo referido planeamento, devem identificar o mais cedo possível as necessidades em cuidados após a alta, desenvolvendo com a participação do utente e seus familiares (ou pessoa significativa) planos de cuidados apropriados que minimizem o risco de readmissões ou de complicações, promovendo acções programadas de ensino (informação, demonstração e treino), envolvendo-os desde o início do processo de cuidados.”

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) [2011]o cliente tem o direito de receber cuidados continuados por forma a obter dos diversos níveis de prestação de cuidados uma resposta pronta e eficiente, que lhe proporcione o necessário acompanhamento. Devem como tal ser proporcionados ao doente e família os conhecimentos e as informações essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no seu domicílio, devendo ser disponibilizados, quando

necessário, e se possível, cuidados domiciliários ou comunitários.

O enfermeiro é uma peça fulcral em todo este procedimento, em particular o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente pessoa idosa, pela sua sensibilidade e conhecimento relativo à avaliação multidimensional da pessoa idosa. É papel do enfermeiro especialista nesta vertente deter conhecimentos sólidos, seguros e competentes, capazes de dar resposta às dúvidas do cliente e família na preparação para a alta, preparando-os para o contexto dos cuidados no domicílio, acionando os recursos necessários para atender às suas dificuldades, neste caso em particular, relativamente aos cuidados na manutenção do cateter urinário e sistema de drenagem, prevenção da ITU e monitorização de complicações associadas, promovendo uma interligação adequada entre os cuidados a nível hospitalar e na comunidade (Regulamento n.º 168/2011 de 8 de março de 2011).

Apesar de o tempo de estágio na comunidade ser limitado (quatro semanas), e de a maioria da necessidade de cuidados no domicílio das visitas efetuadas se prender com o tratamento a feridas crónicas, foi possível intervir, em colaboração com a equipa no terreno, sobre a ITU em alguns doentes na comunidade, e assim adquirir competências de enfermeira especialista neste âmbito. Pela observação participante sobre os cuidados inerentes a estes clientes algaliados e/ou em risco de desenvolverem ITU, foi possível analisar os contextos, mobilizar conhecimentos e refletir sobre as práticas na comunidade. Constatei que o enfermeiro na comunidade tem um papel relevante na análise de cada caso em particular, relativamente à algaliação e remoção precoce do cateter urinário, denotando ainda algum cuidado relativamente às medicações que estes fazem no domicílio (antibioterapia, diuréticos, etc.) e à sua alimentação e hidratação tendo o cuidado de sugerir alternativas (na alimentação e hidratação) quando estes clientes que se encontram no domicílio não são totalmente colaborantes, cuidados estes necessários no cuidado à pessoa idosa e na prevenção da ITU. No entanto, e pela observação direta de algumas práticas relativas ao procedimento de algaliação, nem sempre são cumpridos os princípios de assepsia e indicações tal como descritas nas *guidelines* internacionais (HICPAC, 2009; APIC, 2014).

No âmbito deste estágio, e como forma de desenvolver competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente da pessoa

idosa, foram projetadas intervenções que foram realizadas neste campo de ação, e foram desenvolvidas outras por força da necessidade deste mesmo contexto.

Para além das visitas domiciliárias foi efetuado um estudo de caso tendo por pilar a avaliação multidimensional da pessoa idosa; redigido um documento de apoio para a elaboração de diagnósticos utilizando a CIPE®; para posterior implementação no sistema informático já em uso na UCC; foi construído um panfleto de apoio aos ensinamentos no domicílio direcionado ao utente alargado; foi apresentando o projeto em curso, com a respetiva divulgação do conhecimento atual sobre a temática da ITU, e foi ainda redigido um diário de campo reflexivo durante este período de tempo.

A experiência neste campo de intervenção da enfermagem foi facilitadora na aprendizagem e desenvolvimento de competências nos domínios da:

1. Investigação e prática clínica:

- a. Desenvolvimento de competências de pesquisa do conhecimento atual, aprofundamento desse conhecimento e articulação com a realidade;
- b. Desenvolvimento de competências relacionadas com a aplicação e estabelecimento de uma relação de parceria baseada no Modelo de Parceria (Gomes, 2009; Gomes, 2013);
- c. Desenvolvimento de competências relacionadas com a avaliação multidimensional da pessoa idosa, tendo por base não só o Modelo de Parceria, mas também a realização de um estudo de caso de um utente e família na comunidade com necessidade de cuidados, entre os quais os relativos à prevenção da ITU.

2. Formação:

- a. Desenvolvimento de competências relacionadas com a divulgação, esclarecimento e detenção de conhecimento atual relativo à prevenção da ITU, pela divulgação do projeto de estágio e conhecimento atual disponível;
- b. Conhecimento e compreensão do contexto de vida da pessoa idosa e família (comunidade);
- c. Conhecimento da articulação de cuidados existente entre o hospital e os cuidados na comunidade no regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada;

- d. Identificação das necessidades da pessoa idosa na comunidade, pelo relacionamento direto com a população idosa na comunidade através das visitas domiciliares.
3. Gestão de cuidados:
- a. Desenvolvimento de competências relativas à interação com a equipa de enfermagem e multidisciplinar na comunidade, colaborando nas decisões da equipa, oferecendo ajuda e conhecimento em situação de cuidados à pessoa idosa;
 - b. Reconhecimento da necessidade de prevenir e identificar práticas de risco, adotando uma conduta preventiva antecipatória, incitando a equipa a boas práticas de cuidados.
4. Proteção dos direitos humanos:
- a. Promoção do respeito pelo direito da pessoa idosa à informação, como elemento da equipa de prestação de cuidados no domicílio;
 - b. Promoção do respeito do cliente à privacidade, pelos costumes, preferências e valores.
5. Relação interpessoal e comunicação:
- a. Desenvolvimento de capacidades relacionais e de comunicação com a equipa de enfermagem e multidisciplinar, fomentando as boas práticas de cuidados à pessoa idosa na comunidade.

A realização deste estágio na comunidade permitiu a reflexão relativamente ao papel do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, na importância da articulação entre os vários recursos da comunidade e entre as instituições de saúde e equipas multidisciplinares, e ainda a importância de uma relação de parceria que promova o conhecimento e o cuidado de Si/ do Outro, estabelecendo um plano de cuidados estruturado e individualizado (Gomes, 2006; Gomes, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (2014). Guide to preventing catheter-associated tract infections. USA: APIC. Acedido em 12-10-2014. Disponível em http://apic.org/Resource_/EliminationGuideForm/0ff6ae59-0a3a-4640-97b5-eee38b8bed5b/File/CAUTI_06.pdf
- Augusto, B. M. J.; Rodrigues, C. M. A.; Rodrigues, C. J. V.; Rodrigues, E. C. S.; Simões, F. M. O.R.D.; Ribeiro, I. C. G.; ... Gomes, M.Z.C.S. (2005). *Cuidados Continuados: Família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. 2.ªed. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Entidade Reguladora da Saúde (2011). Relatório sobre a “A Carta dos Direitos dos Utentes”- Draft Preliminar. Acedida em: 30-10-2014. Disponível em: <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/b728835740d469726edcd5ee88f1362d.pdf>
- European Association of Urology Nurses (2012). Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care - Catheterization Indwelling catheters in adults Urethral and Suprapubic. Acedido em 15-10-2014. Disponível em <http://nurses.uroweb.org/guideline/catheterisation-indwelling-catheters-in-adults-urethral-and-suprapubic/>
- Gomes, I. (2009). Cuidado de Si. A natureza da Parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento. Lisboa
- Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicilio. In M. A. Lopes. *O Cuidado da Enfermagem à Pessoa idosa – Da Investigação à prática* (pp.77-110). Loures: Lusociência;
- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República 2.ª

série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653. Acedido em 17-04-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Universidade de São Paulo, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde & Ministério da Saúde (2001). *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde. Acedido em 29-10-2014. Disponível em: http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf

APÊNDICE XXVIII:

Sessão de formação à equipa de enfermagem do SU

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO:

TEMA EM GRUPO: “A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”

TEMA INDIVIDUAL: “A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA COM CATETER URINÁRIO”

FINALIDADE: Melhorar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem relativamente à avaliação multidimensional da pessoa idosa e prevenção da Infecção do Trato Urinário.

POPULAÇÃO ALVO: Todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

LOCAL DE INTERVENÇÃO: Sala de Formação do SUG.

DATA: de 19 a 22 de Janeiro de 2015.

DURAÇÃO (DA SESSÃO DE FORMAÇÃO INDIVIDUAL): 20 minutos (sessão conjunta com outras colegas em estágio- tempo total da formação – 90 minutos).

FORMADORA: Enfermeira Vera Oliveira (restantes colegas Enfermeiras Ana Filipa Duarte e Verónica Florêncio).

OBJETIVOS: (1) Apresentar a pertinência do tema do projeto e importância da prevenção da ITU; (2) Apresentar os resultados das observações/auditorias relativas ao procedimento de avaliação e manutenção do sistema de drenagem urinária e hidratação, e análise dos processos de enfermagem, tendo em conta os indicadores definidos para cada fase do Modelo de Parceria de Gomes (2009;2013); (3) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a implementação de intervenções em parceria com a pessoa idosa hospitalizada com sonda vesical na prevenção da ITU, tendo em conta as *guidelines* internacionais e literatura atual.

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos
(1).Apresentar a pertinência do tema do projeto e importância da prevenção da ITU.	<ul style="list-style-type: none"> • As IACS e a ITU; • Importância da prevenção da ITU; • ITU e níveis de prevenção; • Epidemiologia da ITU; • Patogénese das vias urinárias; • Fatores de risco da ITU e da algaliação; 	Método expositivo	Data Show Computador Material de algaliação
(2). Dar a conhecer os resultados das auditorias e análise dos processos de enfermagem, tendo em conta os indicadores definidos para cada fase do Modelo de Parceria	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos resultados das observações/auditorias: hidratação, algaliação, manutenção do cateter urinário e registos de enfermagem. 	Método expositivo Discussão em grupo	Data Show Computador
(3).Sensibilizar a equipa de enfermagem para a implementação de intervenções uniformizadas em parceria com a pessoa idosa hospitalizada com sonda vesical na prevenção da ITU	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver a equipa no projeto; • Apresentação do processo de intervenção do Modelo de Parceria de Gomes e suas fases; • Apresentar recomendações internacionais; • Apresentar procedimento de algaliação; • Apresentar fluxograma de “Avaliação da necessidade de algaliação”. 	Método expositivo Discussão em grupo Demonstração do procedimento a implementar e fluxograma de “Avaliação de necessidade de algaliação”.	Data Show Computador Impressões do procedimento de algaliação e do fluxograma de “Avaliação da necessidade de algaliação”.

PowerPoint da Apresentação em grupo realizada aos Enfermeiros relativa à Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa no Serviço de Urgência



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica -Vertente Pessoa Idosa

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Orientação:
Prof.ª. Dra. Idalina Gomes

Discentes:
Ana Filipa Duarte N.º 5394
Vera Oliveira, N.º 5389
Verónica Florêncio, N.º 5928

RESUMO MÍNIMO DE DADOS

ÍNDICE

1. Avaliação Multidimensional da pessoa idosa no SUG: Conhecer a Pessoa Idosa
2. A parceria como intervenção de enfermagem
3. Avaliação inicial: Resumo Mínimo de Dados – Revisão da Literatura
4. Avaliação inicial no Serviço de Urgência Geral: Resumo Mínimo de Dados

INTRODUÇÃO

- As alterações demográficas atuais refletem-se no recurso acentuado da população idosa aos Serviços de Urgência (SU).
- Representam a maioria das situações de emergência, resultando em internamento ou readmissões nos SU.
- O atendimento da Pessoa Idosa (PI) no SU pode ser complexo, demorado e requer competências específicas.
- A PI possui comorbidades e declínio funcional, resultando num estado de fragilidade o que pode contribuir para a obtenção de maus resultados de saúde e uma necessidade de cuidados elevada.
- A identificação precoce da PI em situações de risco pode ser benéfica para o direccionamento de cuidados especializados, recorrendo para tal a escalas de avaliação.

Dawood, M., Dobson, A. & Banerjee, J. (2011). Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*. 19 (7), 18-19.
Ellis, G., Marshall, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*. 9, 2033-2043.

1. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NO SU

CONHECER A PESSOA IDOSA



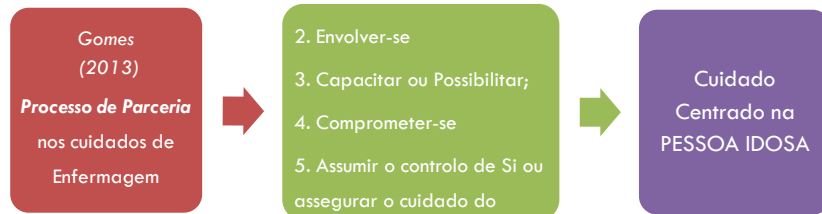
PLANO DE CUIDADOS ADEQUADO ÀS REAIS NECESSIDADES

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA IDOSA

MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA (GOMES, 2013)

UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS / OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA

2. A PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM



Gomes, I. G. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. O Cuidado da Enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática 77-110. Loures: Lusociência.

3. RESUMO MINIMO DE DADOS

AVALIAÇÃO INICIAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

- ☐ Identificação
- ☐ Proveniência (cuidador)
- ☐ Hábitos e estilos de vida
- ☐ Antecedentes Pessoais (história de internamentos anteriores)
- ☐ Motivo de vinda ao SUG e história de doença atual
- ☐ Medicação habitual / instituída recentemente
- ☐ Exame físico (sinais e sintomas apresentados, sinais vitais, portador de dispositivos invasivos, integridade cutânea, estado de higiene, sinais de maus tratos)

3. RESUMO MINIMO DE DADOS

AVALIAÇÃO INICIAL – Revisão da Literatura

- Avaliar comprometimento funcional e cognitivo como forma de prever eventos clínicos e prevenir readmissões
- Presença de doenças crônicas que afetam o estado geral
- Conhecer a medicação habitual investindo na educação para a autogestão da doença e na articulação com os profissionais de saúde na comunidade.
- Formação e educação dos profissionais de saúde da urgência para o uso de instrumentos de avaliação específicos para a pessoa idosa
- Os enfermeiros devem avaliar os sinais vitais, incluindo a dor.
- Na colheita de dados inicial ao SUG deve-se avaliar a proveniência da pessoa idosa, as alterações próprias da idade, co-morbilidades, risco de queda, medicação habitual, identificação do cuidador principal.

Legrain, S., Tubach, F., Bonnet-Zamponi, D., Lemaire, A., Aquino, J., Pailaud, E.,... Lacaille, S. (2011) A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency visits and rehospitalizations of older adults: The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. *The American Geriatrics Society*, 59(11):2017-2028.

Dawood, M., Dobson, A., & Banerjee, J. (2011) Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19(7):18-19.

Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.

Veillette, N., Demers, L., Dutil, É. & McCusker, J. (2009) Item analysis of the functional status assessment of seniors in the emergency department. *Disability and Rehabilitation*, 31(7), 565-572.

4. RESUMO MINIMO DE DADOS

AVALIAÇÃO INICIAL – Revisão da Literatura

- Os idosos em situação de fragilidade, recorrem ao serviço de urgência de forma atípica, exigindo uma avaliação multidimensional detalhada e um cuidado multidisciplinar para o diagnóstico correto evitando complicações (comprometimento funcional e cognitivo, polimedicação, quedas e exaustão do cuidador).
- Sinais de Fragilidade: depressão, agitação, confusão mental, défices sensoriais, incontinência, imobilidade e quedas.



PREVENINDO INTERNAMENTO E READMISSÕES NA URGÊNCIA

Legrain, S., Tubach, F., Bonnet-Zamponi, D., Lemaire, A., Aquino, J., Pailaud, E.,... Lacaille, S. (2011) A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency visits and rehospitalizations of older adults: The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. *The American Geriatrics Society*, 59(11):2017-2028.

Dawood, M., Dobson, A., & Banerjee, J. (2011) Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19(7):18-19.

Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.

Veillette, N., Demers, L., Dutil, É. & McCusker, J. (2009) Item analysis of the functional status assessment of seniors in the emergency department. *Disability and Rehabilitation*, 31(7), 565-572.

4. RESUMO MINIMO DE DADOS

AValiação INICIAL NO SERVIÇO DE URgÊNCIA GERAL

Avaliação cognitiva	<ul style="list-style-type: none">• Escala de Coma de Glasgow• <i>MiniMental State</i>
Avaliação da capacidade funcional	<ul style="list-style-type: none">• Índice de Barthel
Avaliação Nutricional	<ul style="list-style-type: none">• <i>Mini Nutritional Assessment</i>
Risco de Queda	<ul style="list-style-type: none">• Escala de Morse
Risco de Úlcera por Pressão	<ul style="list-style-type: none">• Escala de Braden
Avaliação do Risco de Infecção	<ul style="list-style-type: none">• Protocolo Sépsis e MRSA SUG

Dawood, M., Dobson, A. & Banerjee, J. (2011). Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19 (7), 18-19.
Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.

CONCLUSÃO

- Cuidados específicos à PI podem reduzir o tempo de permanência ou de readmissão no SU.
- Os cuidados à PI devem incluir estratégias que promovam a sua segurança na admissão ao SU.
- Importância de SU adequados às exigências da população idosa que promovam a sua segurança, tornando-os centro da prestação de cuidados.
- No SUG a melhoria da prestação de cuidados à PI pode passar por uma colheita de dados específica em folha de registo própria.

Dawood, M., Dobson, A. & Banerjee, J. (2011). Treatment of older people in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19 (7), 18-19.
Ellis, G., Marshal, T. & Ritchie, C. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.
Nolan, M. R. (2009). Older patients in the emergency department. *Journal of gerontological nursing*, 25 (12), 14-18.

PowerPoint da Apresentação Individual aos Enfermeiros do SU/SO relativa à Prevenção da ITU na Pessoa Idosa



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa

A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA COM CATÉTER URINÁRIO

Serviço de Urgência Geral
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Discente: Vera Oliveira, N.º 5389
Docente: Prof.ª Idalina Gomes

Orientador: Enfermeiro Pedro Contreiras
Enfermeira Coordenadora: Ilda Roque

Setúbal, Janeiro de 2015

AGENDA

- INTRODUÇÃO
- OBJETIVOS
- REVISÃO DA LITERATURA
- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO
- METODOLOGIA
- RECOMENDAÇÕES
- PROCEDIMENTO
- FLUXOGRAMA DE ALGALIAÇÃO
- EM ELABORAÇÃO...
- CONCLUSÃO

INTRODUÇÃO

- As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são frequentes na pessoa idosa, apresentando uma prevalência de 13,8 % nos idosos com mais de 85 anos.
- A ITU é das IACS mais frequentes nos idosos, com impacto associado à algaliação, contribuindo para o aumento da morbi-mortalidade, tempo de internamento desta população e consumo acrescido dos recursos hospitalares e comunitários.
- A prevenção é um ponto-chave da prestação de cuidados de enfermagem, para atenuar esta situação.

DGS (2013). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.
Newman, D. K. & Willson, M.M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. Urologic Nursing, 31(1), 12-29.
Roriz-Filho, J.S., Vilar, F. C., Mota, L.M., Leal, C. L. & Psi, P. C. B. (2010). Infecção do trato urinário. Medicina (Ribeirão Preto), 43(2), 118-25.

OBJETIVOS

- ▶ Conhecer a prática de cuidados dos enfermeiros do SUG relativamente à prevenção da infeção urinária na pessoa idosa;
- ▶ Identificar aspetos a melhorar na prevenção da infeção urinária na pessoa idosa ;
- ▶ Atualizar e uniformizar procedimentos pela implementação de um procedimento de algáliação de acordo com guidelines.

REVISÃO DA LITERATURA

CONSIDERAÇÕES GERAIS



APIC (2014). Guide to preventing catheter-associated tract infections. USA: APIC.
DGS(2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algáliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infecção.

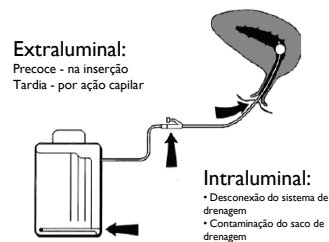
EPIDEMIOLOGIA

- ▶ **HOSPITALIZAÇÃO:** 12 a 16% dos utentes são submetidos a algáliação, de curta duração;
- ▶ **IACS:** 12,6% com origem na presença de catéter urinário;
- ▶ **SEPTICÉMIAS:** em 50% dos casos relacionados com ITU;
- ▶ **O RISCO DE ITU:** presença de catéter urinário aumenta o risco de 3 a 7% .

APIC (2014). Guide to preventing catheter-associated tract infections. USA: APIC.

PATOGENESE

- ▶ **VIAS URINÁRIAS**
 - ▶ Entrada mais frequente de sépsis por gram-negativos;
 - ▶ Fonte de microrganismos:
 - ▶ Extra-luminal (precoce ou tardia);
 - ▶ Intra-luminal.



APIC (2014). Guide to preventing catheter-associated tract infections. USA: APIC.
DGS(2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algáliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.

PATOGENESE

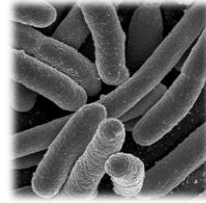


APIC (2014). Guide to preventing catheter-associated tract infections. USA: APIC.
Foxman, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. *Infectious Disease Clinics of North America*, 28, 1-13.

PATOGENESE

▶ TIPO DE MICRORGANISMOS:

- ▶ Na algaliação de curta duração:
 - ▶ *Escherichia coli* (mais frequente);
 - ▶ *Pseudomonas aeruginosa*;
 - ▶ *Klebsiella spp*;
 - ▶ *Proteus spp*;
 - ▶ *Eterococcus*;
- ▶ Na algaliação de longa duração:
 - ▶ *Providencia staurtii*;
 - ▶ *Morganella morgani*;
 - ▶ *Candida*.



Escherichia coli

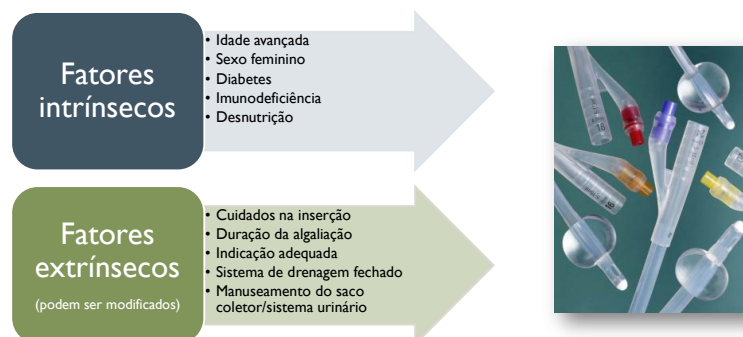
APIC (2014). Guide to preventing catheter-associated tract infections. USA: APIC

FATORES DE RISCO DE ITU



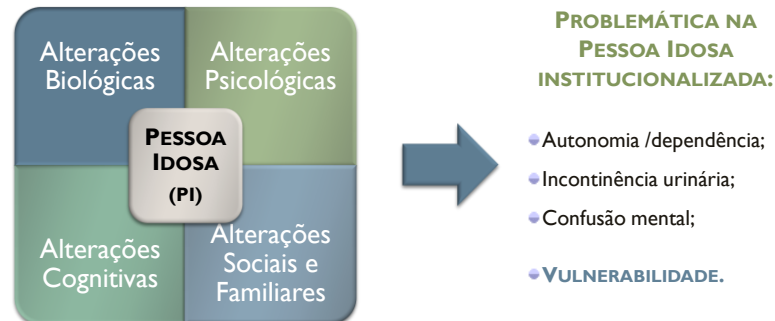
Foxman, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. *Infectious Disease Clinics of North America*, 28, 1-13.
Caljouw, MAA, Elzen, W.P.J.E., Cools, H.J.M. & Gussekloo, J. (2011). Predictive factors of urinary tract infections among the oldest old in the general population: a population-based prospective follow-up study. *BioMed Central*, 9, 1-8.

FATORES DE RISCO DE ITU - ALGALIAÇÃO



DGS (2004). Recomendações para a prevenção da infecção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controle de Infecção.

IMPACTO DA INFECÇÃO URINÁRIA NA PI



Fulmer, T. (2007). How to try this – Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107 (10), 40-48.
Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

PROBLEMÁTICA – REALIDADE NO CHS

ITU
Taxa de prevalência
de 12,6%
3.ª Principal Causa
de IH

Localização da Infecção	IACS	Prevalência (%)
Aparelho Respiratório	12	37,5
Pneumonia	10	31,3
Outras Inf. Resp. Inferiores	2	6,2
Local Cirúrgico	6	18,7
Incisional Superficial	1	3,1
Incisional Profunda	1	3,1
Órão / Escarro	4	12,5
Aparelho Urinário	4	12,6
I. Urinária Sintomática c/conf.	2	6,3
I. Urinária Sintomática s/conf.	2	6,3
I. Pele e Tecidos Moles	4	12,6
I. Pele	2	6,3
I. Tecidos Moles	2	6,3
Outras (U. decúbito, mastite, etc.)	0	0,0
Olhos, Ouvido, Nariz, Boca	2	6,2
Infecções do olho	1	3,1
Infecções do ouvido	0	0,0
Infecção Oral	1	3,1
Inf. Vias Resp. Superiores	0	0,0

Comissão de Controlo de Infecção - HSB (2013). Relatório: Inquérito de prevalência de infeção 2012.

PROBLEMÁTICA – REALIDADE NO CHS

Dispositivos Invasivos		N.º Doentes (%)	Com IACS	Prevalência de IACS
Intubação Traqueal	Sim	5 (2,3%)	4	80,0%
	Não	209 (97,7%)	25	12,0%
Cateter vascular central	Sim	28 (13,1%)	11	39,3%
	Não	186 (86,9%)	18	9,7%
Cateter vascular periférico	Sim	130 (60,7%)	19	14,6%
	Não	83 (38,8%)	10	12,0%
Catéter urinário	Sim	59 (27,6%)	14	23,7%
	Não	151 (70,6%)	14	9,3%

Taxa de prevalência de infeção de 23,7% associada à Presença de Catéter Urinário

Comissão de Controlo de Infeção - HSB (2013). Relatório: Inquérito de prevalência de infeção 2012.

PROBLEMÁTICA – REALIDADE NO SUG

- População idosa – grupo vulnerável
- Algalias no SUG
- Notas de enfermagem incompletas
- Inexistências de dados institucionais nesta área
- Inexistência de procedimento de algaliação
- CCI do CHS considera importante investimento nesta área
- CI – área de interesse pessoal

METODOLOGIA

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO NO SUG

DEMORA MÉDIA DE INTERNAMENTO

- 1,2 dias (2014)

DOENTES ALGALIADOS NO SO (DIA 16 DE NOVEMBRO DE 2014)

- Número total de utentes internados: 29
- Número de utentes algaliados: 11
- Média de idades dos utentes algaliados: 86,4 anos (todos com idades >65 anos).
- Prevalência de utentes algaliados(ou seja a proporção de doentes algaliados num determinado dia) = $(n.^{\circ} \text{ de doentes algaliados em SO} / n.^{\circ} \text{ total de doentes internados em SO}) \times 100\% = (11/29) \times 100\% = \underline{\underline{38\%}}$



OBSERVAÇÕES/AUDITORIAS

HIDRATAÇÃO ORAL

- 24 Observações

ALGALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA

- 10 Observações

MANUSEAMENTO DA CATÉTER URINÁRIO

- 10 observações

RELAÇÃO PI/ENFERMEIRO

- 11 observações de registos de enfermagem



OBSERVAÇÕES/AUDITORIAS - RESULTADOS

► Hidratação Oral

OBSERVAÇÕES HIDRATAÇÃO ORAL	SIM	NÃO	N/A	OBSERVAÇÕES
1. A pessoa idosa é incentivada a ingerir líquidos ao longo do turno.	6	18		Apenas na toma de medicação "per os".
2. Foi providenciado água, sumos ou chás ou outras alternativas (gelatina), respeitando as preferências da pessoa idosa, ao longo do turno.	17	7		Providenciada água em garrafas, normalmente de 30cl às refeições. Chá ao pequeno almoço e lanche.
3. Os líquidos encontram-se acessíveis, em taças/copos inquebráveis e fáceis de virar ou que permitam beber facilmente.	3	21		Garrafas e copos de plástico nas mesas de cabeceira longe do alcance dos utentes.
4. O reforço hídrico é efetuado por via entérica.			24	Utentes com SNG sem reforço hídrico.
5. Foi efetuado registo do reforço hídrico, em notas de enfermagem.		24		Hidratação sem registo de enfermagem.

Índice de Qualidade (IQ) = $\text{total de respostas SIM em todas as observações} / \text{total de respostas aplicáveis (sim+ não)} \times 100 = 26/96 \times 100 = \underline{\underline{27,1\%}}$



OBSERVAÇÕES/AUDITORIAS - RESULTADOS

Algaliação da pessoa idosa

OBSERVAÇÕES ALGALIAÇÃO	S	N	N/A	OBSERVAÇÕES
1. O utente foi identificado.	10			
2. Providenciado o material necessário e colocado junto do utente.	10			
3. Efetuada higiene das mãos com SABA e foram calçadas luvas limpas.	8	2		
4. Explicado o procedimento e sua finalidade ao utente	10			
5. O utente foi posicionado, expondo apenas a região genital, promovendo a sal privacidade.	7	3		
6. Colocado resguardo de proteção.	3	7		
7. Efetuada a lavagem da área genital com água e sabão e secada em seguida.		10		
8. Retirado o resguardo de proteção.		3	7	
9. Retiradas luvas e efetuada higienização das mãos com SABA.		10		Retiradas luvas mas não foi efetuada higienização das mãos
10. Aberto o kit de algaliação em local apropriado e com respeito das normas de assépsia.		10		
11. Efetuada higiene das mãos com SABA e foram calçadas luvas esterilizadas, com técnica adequada.		10		Calçadas luvas esterilizadas mas não foi efetuada higienização das mãos
12. Removido o invólucro (esterilizado) do catéter urinário e adaptado, de imediato ao saco de drenagem.	8	2		

OBSERVAÇÕES/AUDITORIAS - RESULTADOS

Algaliação da pessoa idosa (cont.)

OBSERVAÇÕES ALGALIAÇÃO	S	N	N/A	OBSERVAÇÕES
13. Colocado campo esterilizado.	1	9		
14. Efetuada limpeza do meato urinário com soro fisiológico e compressas esterilizadas	1	9		Betadine.
15. Lubrificado o meato urinário com recurso ao <i>Instillagel®</i> , introduzindo a seringa na uretra e administrando o gel de forma lenta e uniforme	2	8		Uso de lidocaína em bisnaga (e não unidose).
16. Inserido catéter urinário, de forma suave e com movimentos rotativos, de forma segura até surgir urina	10			
17. Introduzido um pouco mais o catéter urinário e instilada a quantidade de água bidestilada estéril indicada pelo fabricante para insuflar o balão.	8	10		Quantidade inferior ao indicado pelo fabricante.
18. Executado ligeiro movimento de tração.	10			
19. Removido campo esterilizado.	1		9	
20. Removidas luvas, efetuada a higiene das mãos com SABA e calçadas luvas limpas.	1	9		
21. Fixado o catéter urinário: No Home: na parte superior da coxa ou na região infra-abdominal; Na Mulher: na face interna da coxa.		10		
22. Foi colocado o saco de drenagem num nível inferior ao da bexiga, em suporte próprio e sem tocar no chão.	8	2		Tocou com saco no chão; Não colocou o saco de drenagem em suporte.
23. Reunido e acondicionado o material utilizado de forma adequada	10			
24. Removidas luvas e foi efetuada higienização das mãos com SABA.		10		
25. O utente foi posicionado ou auxiliado a posicionar-se.	10			
26. Efetuada higienização das mãos com SABA.	10			
27. Efetuados registos em notas de enfermagem.	8	2		Registos incompletos, ou não foram efetuados registos da algaliação, motivo, etc.

OBSERVAÇÕES/AUDITORIAS - RESULTADOS

Algaliação da pessoa idosa (cont.)

Índice de Qualidade (IQ) = total de respostas SIM em todas as observações / total de
respostas aplicáveis (sim+ não) x 100 = 136/ 254 x 100 = **53,54 %**

OBSERVAÇÕES/AUDITORIAS - RESULTADOS

► Manuseamento da catéter urinário

OBSERVAÇÕES	S	N	N/A	OBSERVAÇÕES
MANUTENÇÃO DO CATÉTER URINÁRIO	10			
1. Providenciado material necessário e colocado junto do utente.		10		
2. Efetuada a higiene das mãos com SABA e calçadas luvas limpas.		10		
3. O procedimento e sua finalidade foi explicado ao utente.	4	6		
4. O utente foi posicionado expondo a região genital: No Homem: decúbito dorsal com membros inferiores em abdução; Na Mulher: decúbito dorsal com membros inferiores fletidos e em abdução.		10		
5. Efetuada a higiene do meato urinário diariamente com água e sabão, seguida de soro fisiológico.		10		Água e sabão mas não aplicado SF.
6. Retiradas luvas e efetuada higienização das mãos com SABA, e calçado novo par de luvas.		10		
7. Trocado o adesivo de fixação do catéter urinário, alternando o local.		10		Nenhum dos utentes possuía fixação
8. O saco encontra-se fixado, num nível inferior ao da bexiga, em suporte que evite o contacto com o chão, sem angulação do catéter e/ou do tubo de drenagem.	10			
9. E verificada a eficácia da drenagem urinária.	10			
10. O saco de drenagem é esvaziado quando se encontra a meio da sua capacidade e/ou antes do utente entrar no duche/banho.	10			
11. O nível de urina no saco com regularidade é controlado regularmente.	10			
12. Foi registado o débito urinário e características da urina.	10			Existe registo mas é incompleto.



OBSERVAÇÕES/AUDITORIAS - RESULTADOS

► Manuseamento da catéter urinário

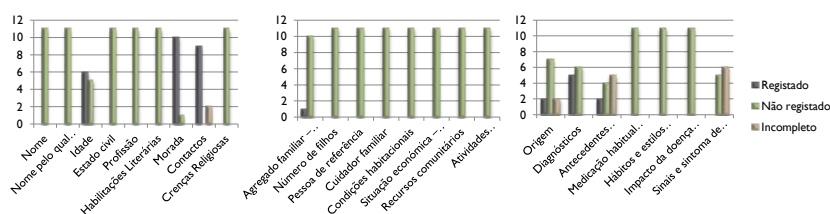
Índice de Qualidade (IQ) = total de respostas SIM em todas as observações / total de respostas aplicáveis (sim+ não) x 100 = 64/ 110 x 100 = **58,18%**



OBSERVAÇÕES/AUDITORIAS - RESULTADOS

► Relação PI/Enfermeiro – Registos de Enfermagem

► Modelo de Parceria – alguns resultados:



RESULTADOS – ASPETOS POSITIVOS

- Disponibilização de garrafas e copos de água de plástico
 - Cuidado de identificar o utente;
 - Mantida técnica assética;
 - Saco coletor de urina abaixo do nível da bexiga;
 - Verificação e ausência de obstrução do sistema de drenagem;
 - Circuito mantido fechado;
 - Luvas limpas na manipulação do sistema de drenagem urinária.
-



RESULTADOS – ASPETOS A MELHORAR

- Reforço hídrico/incentivo da hidratação oral;
 - Fixação do catéter urinário ao MI;
 - Higienização das mãos;
 - Utilização de kit de algaliação e campo esterilizado;
 - Lavagem do períneo com água e sabão antes da algaliação;
 - Lubrificante urológico – preferir em unidose;
 - Manutenção do sistema de drenagem - lavagem com SF;
 - Registos de enfermagem.
-

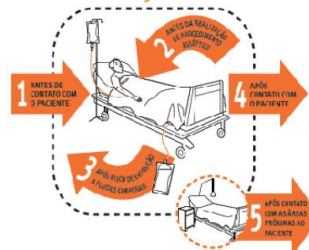


Recomendações

RECOMENDAÇÕES

- ▶ Algáliação apenas quando indicado e não haja outra alternativa;
- ▶ Alternativas (algáliação intermitente, dispositivo externo);
- ▶ Técnica apropriada de algáliação (**higiene das mãos**, experiência, antisséptico vs. S.F. vs. água esterilizada);
- ▶ Conhecer o material de algáliação;

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



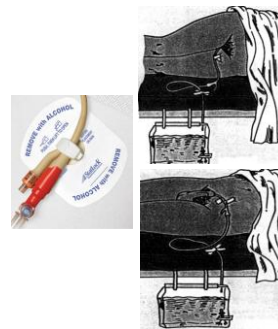
Centers of Disease Control(CDC) (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.

DGS(2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algáliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção. Hooton, T.M., Bradley, S.F., Cardenas, D.D., Colgan, R., Gerlings, S.E., Rice, J.C., ... Nicolle, L.E. (2010). Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infections in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the infection diseases society of America. *Oxford Journals*, 50, 625-663. Acedido em 05-04-2014.

Saint, S., Meddings, J., Calfee, D., Kowalski, C.P. & Krehn, S.L. (2009). Catheter-Associated Urinary Tract Infection and the Medicare Rule Changes. *Annals of Internal Medicine*, 150, 877-884.

RECOMENDAÇÕES

- ▶ Manutenção (lavagem com água e sabão neutro; SF) e fixação do catéter urinário;
- ▶ Posição correta do saco de drenagem;
- ▶ Trocar saco de drenagem urinária: 5 a 7 dias;
- ▶ Remoção precoce (recurso a lembretes físicos, virtuais e combinados);
- ▶ Existência de protocolos de enfermagem;



Bernard, M. S., Hunter, K. F., & Moore, K. N. (2012). A review of strategies to decrease the duration of indwelling urethral catheters and potentially reduce the incidence of catheter-associated urinary tract infections. *Urologic Nursing*, 32 (1), 29-37.

Blodgett, T. J. (2009). Reminder systems to reduce the duration of indwelling urinary catheters: a narrative review. *Urologic Nursing*, 29(5), 369-379.

Chen, Y., Chi, M., Chen, Y., Chan, Y., Chou, S. & Wang, F. (2013). Using a criteria-based reminder to reduce use of indwelling urinary catheters and decrease urinary tract infections. *American Journal of Critical Care*, 22 (2), 105-114.

DGS(2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algáliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.

Mori, C. (2014). A-voiding catastrophe: implementing a nurse-driven protocol. *Med Surg Nursing*, 23(1), 15-28.

RECOMENDAÇÕES

- ▶ Registos/notas de enfermagem:
 - ▶ Na admissão da pessoa idosa algaliada crónicamente/algáliação da PI no SUG:
 - ▶ Data e turno da algáliação;
 - ▶ Características do material utilizado para algáliação: tipo e calibre do catéter urinário;
 - ▶ Volume de água destilada introduzida no balão;
 - ▶ Data da substituição/Planeamento da remoção;
 - ▶ Características da urina;
 - ▶ Débito urinário;
 - ▶ Intercorrências;
 - ▶ Reação do utente ao procedimento;

Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Acedido a 29-09-2014. Disponível em http://www.acss.mic-saude.pt/Portals/0/Manual%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf

Centers of Disease Control(CDC) (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.

DGS(2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algáliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.

RECOMENDAÇÕES

► Registos/notas de enfermagem (cont.):

- Na altura da transferência/preparação para alta da PI:
 - Informações dadas ao utente sobre a algaliação e realização de ensinios sobre a manutenção do catéter urinário;
 - Diagnósticos de enfermagem.
 - Data e hora e motivo da remoção da algália;
 - Eliminação pós-desalgaliação (micção espontânea e características);
 - Débito urinário;
 - Características da urina;
 - Substituições do saco de drenagem e motivo.

NOTA: o alert possui campo pré-definido de alta para o utente algaliado que pode ser utilizado em ambulatório no momento da alta para o domicílio.

Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Acedido a 29-09-2014. Disponível em <https://www.acss.mg.gov.br/portal/01MANUAL%20DE%20ENFERMAGEM%2019-07-2011.pdf>

Centers of Disease Control(CDC) (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.

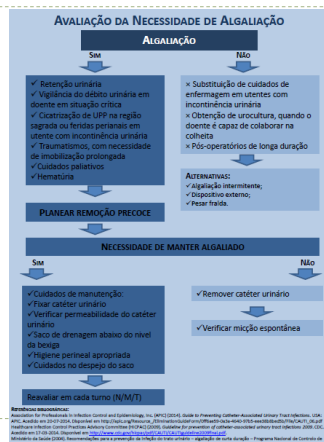
DGS(2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infecção.

O PROCEDIMENTO

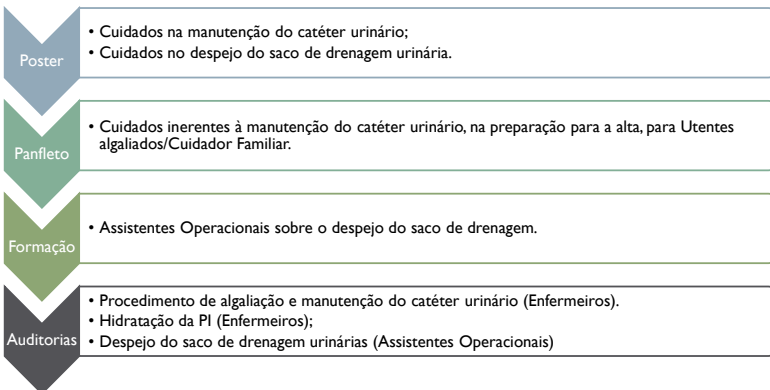
Procedimento de algaliação, manutenção e remoção do catéter urinário	
1. Objetivo	
Este procedimento tem como objetivos: 1. Orientar as boas práticas relativas à algaliação, manutenção do sistema de drenagem e remoção do catéter urinário. 2. Definir as intervenções de enfermagem na prevenção de ITU a pessoas no SUS.	
2. Campo de aplicação	
Este procedimento aplica-se aos enfermos do SUS, do CHS, BPS.	
3. Sigla, abreviaturas e definições	
ACSS – Instituto Associado aos Centros de Saúde ITU – Infecção do Trato Urinário CU – Cateter de Urinário CHS, BPS – Centro Hospitalar de Setúbal, BPS SUS – Serviço de Urgência Geral ITU – Infecção do Trato Urinário	
4. Referências	
Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). <i>Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos</i> . Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29-09-2014. Disponível em https://www.acss.mg.gov.br/portal/01MANUAL%20DE%20ENFERMAGEM%2019-07-2011.pdf Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2009). <i>Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009</i> . Acedido em 17-03-2014. Disponível em http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf DGS (2004). <i>Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infecção</i> .	



FLUXOGRAMA DA ALGALIAÇÃO



EM ELABORAÇÃO...



CONCLUSÕES

- Os protocolos de enfermagem podem reduzir a incidência e duração da algaliação e ITU associadas.
- A prevenção das IACS são importantes na segurança do doente, exigindo o envolvimento dos enfermeiros na adesão às boas práticas e implementação das políticas institucionais, pelo que estamos a implementar um projeto no SUG visando a prevenção da ITU nos idosos.
- Os resultados que são avaliados pelas auditorias.

Centers of Disease Control(CDC). (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections*. 2009. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hispanicpop/CAT/CATUTIguidelines2009.html>.

Mori, C. (2014). A-voiding catastrophe: implementing a nurse-driven protocol. *Medburg Nursing*, 23(1), 15-28.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.



MUITO OBRIGADA!

APÊNDICE XXIX:

Instrumento de avaliação multidimensional da pessoa idosa no SU

RESUMO MÍNIMO DE DADOS

Serviço de Urgência

11. Identificação

Nome	
Como gosta de ser chamado	
Idade	
Profissão	
Proveniência	
Cuidador Familiar	

12. Antecedentes Pessoais

13. Medicação habitual

14. Avaliação do estado de Consciência

Escala de Glasgow:

Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Localização dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3

	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1

15. Avaliação cognitiva se score de glasgow ≥ 13

MiniMental State:

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____

Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____

Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____

Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem,

consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. “Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA” _____

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar

a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



TOTAL(Máximo 30 pontos):_____

16. Avaliação funcional


Índice de Bartlhel:

ITENS	ABVD	Cotação
Alimentação	<u>Independente</u> (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda para cortar, levar a boca etc.)	5
	<u>Dependente</u>	0
Vestir	<u>Independente</u> (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	<u>Dependente</u>	0
Banho	<u>Independente</u> (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	<u>Dependente</u>	0

Higiene Pessoal	<u>Independente</u> (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	<u>Dependente</u>	0
Uso da casa de banho	<u>Independente</u> (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	<u>Dependente</u>	0
Controlo intestinal	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5
	<u>Incontinência fecal</u>	0
Controlo vesical	<u>Independente</u> (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10
	<u>Incontinente ocasional</u> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5
	<u>Incontinente ou algaliado</u>	0
Subir escadas	<u>Independente</u> (Sobe e desce as escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	<u>Necessita de ajuda</u> (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	<u>Dependente</u>	0
Transferência cadeira-cama	<u>Independente</u> (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	<u>Necessita de ajuda mínima</u> (Ajuda mínima e supervisão)	10
	<u>Necessita de grande ajuda</u> (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	<u>Dependente</u>	0
Deambulação	<u>Independente</u> (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15

	<u>Necessita de ajuda</u> (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	
	<u>Independente com cadeira de rodas</u> (anda pelo menos 50 metros)	10
	<u>Dependente</u>	5
		0

17. Exame físico: dentição, audição e visão

Pele e Mucosas	
Dentição (uso de prótese)	
Acuidade auditiva (uso de prótese)	
Acuidade visual (uso de óculos)	
Sinais Vitais	
-Tensão Arterial	
-Frequência Cardíaca	
- Temperatura	
- Glicémia capilar (se aplicável)	
Dor (Escala da dor)	
	
Altura (se possível)	
Peso (se possível)	
IMC (se pertinente) = $\frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$	

<16 – Magreza grave	
16 a < 17 – Magreza moderada	
17 a < 18,5 – Magreza leve	
18,5 a <25 – Saudável	
25 a < 30 – Sobrepeso	
30 a <35 – Obesidade Grau I	
35 a <40 – Obesidade Grau II (severa)	
≥ 40 – Obesidade Grau III (mórbida)	

18. Risco de Queda

Escala de Morse (preencher em alert):

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> ¹³	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed rest/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

TOTAL SCORE: _____

Resultado:

0-24 – Baixo Risco

25-44 – Médio Risco

≥45 - Alto Risco

19. Risco de UPP

Escala de Braden (preencher em alert):

<div><div>Percepção sensorial</div><div>Capacidade de reacção significativa ao desconforto</div></div>	<div><div>1. Completamente limitada:</div><div>Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,</div><div>OU</div><div>capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</div></div>	<div><div>2. Muito limitada:</div><div>Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação,</div><div>OU</div><div>tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</div></div>	<div><div>3. Ligeiramente limitada:</div><div>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,</div><div>OU</div><div>tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</div></div>	<div><div>4. Nenhuma limitação:</div><div>Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</div></div>				
<div><div>Humidade</div><div>Nível de exposição da pele à humidade</div></div>	<div><div>1. Pele constantemente húmida:</div><div>A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</div></div>	<div><div>2. Pele muito húmida:</div><div>A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</div></div>	<div><div>3. Pele ocasionalmente húmida:</div><div>A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</div></div>	<div><div>4. Pele raramente húmida:</div><div>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</div></div>				
<div><div>Actividad e</div><div>Nível de actividade física</div></div>	<div><div>1. Acamado:</div><div>O doente está confinado à cama.</div></div>	<div><div>2. Sentado:</div><div>Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</div></div>	<div><div>3. Anda ocasionalmente:</div><div>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</div></div>	<div><div>4. Anda frequentemente:</div><div>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</div></div>				
<div><div>Mobilidad e</div><div>Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</div></div>	<div><div>1. Completamente imobilizado:</div><div>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</div></div>	<div><div>2. Muito limitada:</div><div>Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</div></div>	<div><div>3. Ligeiramente limitado:</div><div>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</div></div>	<div><div>4. Nenhuma limitação:</div><div>Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</div></div>				
<div><div>Nutrição</div><div>Alimentação habitual</div></div>	<div><div>1. Muito pobre:</div><div>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios).</div><div>Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido</div><div>OU</div><div>está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</div></div>	<div><div>2. Provavelmente inadequada:</div><div>Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético</div><div>OU</div><div>recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</div></div>	<div><div>3. Adequada:</div><div>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,</div><div>OU</div><div>é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</div></div>	<div><div>4. Excelente:</div><div>Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasional-mente entre as refeições. Não requer suplementos.</div></div>				

Fricção e forças de deslizamento	1. Problema:	2. Problema potencial:	3. Nenhum problema:				
	Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.				
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total			

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

20. Necessidade de apoio social/domiciliário

Guia orientar para colheita de dados na admissão à pessoa idosa no Serviço de Observação do Serviço de Urgência Geral.

Pretende-se uma adaptação informática para ALERT, servindo de nota de entrada padrão para ser utilizada pela equipa de enfermagem.

Alguns instrumentos constam deste guia, de forma ilustrativa, visto o programa informático já os contemplar.

APÊNDICE XXX:

Folhetos educativos para a preparação para alta da pessoa idosa algaliada

QUANDO CONSULTAR O SEU MÉDICO/ENFERMEIRA?

- QUANDO O UTENTE

TIVER FEBRE OU A
URINA TIVER UM
CHEIRO INTENSO OU
FOR ESPESSE OU TUR-
VA.



- SE A URETRA SE

ENCONTRAR COM INFLAMAÇÃO. SE OBSERVAR SAN-
GUE DENTRO OU À VOLTA DA Sonda.

- QUANDO NÃO URINAR OU O VOLUME DE URINA

DIMINUIR ACENTUADAMENTE. APESAR DA INGES-
TÃO ABUNDANTE DE LÍQUIDOS.

- SE PERDER URINA EM GRANDE QUANTIDADE POR

FORA DA ALGÁLIA.

IMPORTANTE:

BEBER NO MÍNIMO 1,5 L DE ÁGUA POR DIA.
PODERÁ REFORÇAR A HIDRATAÇÃO COM CHÁS,
SUMOS OU GELATINA.



ÁGUA



Elaborado por : Vera Oliveira, aluna do 5º Curso de
Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior
de Enfermagem de Lisboa
Sob orientação de: Idalina Gomes Professora Doutora
da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Com a colaboração de: Enfermeira Ilda Roque e
Enfermeiro Pedro Contreiras

A ALGÁLIA DEVE SER SUBSTITUÍDA NO DIA

__/__/__

Observações:-

Ensino realizado pelo (a) Enfermeiro (a):

Data: __/__/__

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital de S. Bernardo

Contactos:
Serviço de Urgência Geral
Tel.: 265549000
Extensão n.º: 6012

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital de S. Bernardo

Serviço de Urgência Geral

CUIDADOS AO UTENTE COM CATETER URINÁRIO (ALGÁLIA)

NA MULHER



Centro Hospitalar de Setúbal
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Santo Iago do Outão

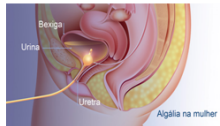


Comunicar & Melhorar



CUIDADOS AO UTENTE ALGALIADO

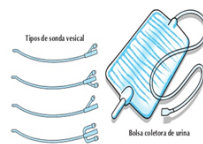
POR VEZES É NECESSÁRIO, MESMO COM ALTA CLÍNICA DO



SERVIÇO DE URGÊNCIA, QUE O UTENTE VÁ PARA CASA ALGALIADO. SENTIMENTOS DE APREENSÃO E PREOCUPAÇÃO SÃO NORMAIS. ESTE

PANFLETO INFORMATIVO TEM COMO OBJETIVO ESCLARECER TODAS AS DÚVIDAS RELATIVAS AOS CUIDADOS QUE DEVERÁ TER COM A ALGÁLIA.

A SONDA VESICAL É UM “TUBO” QUE SE UTILIZA PARA ESVAZIAZAR E RECOLHER A URINA DA BEXIGA. AS SONDAS VESICAIS SÃO UTILIZADAS NOS CASOS EM QUE NÃO SE CONSEGUE URINAR.



NECESSITAM DE UMA SÉRIE DE CUIDADOS POR PARTE DO PACIENTE OU DO SEU CUIDADOR DE FORMA A MANTER O SEU FUNCIONAMENTO ADEQUADO E EVITAR INFECÇÕES.

A SONDA LIGA-SE A UMA SACO COLETOR, QUE PODE SER FIXADA NA LATERAL DA CAMA, DA CADEIRA DE RODAS OU NA PERNA DO PACIENTE (CASO ELE ANDE).

A HIGIENE

OS ÓRGÃOS GENITAIS DEVEM SER LAVADOS DIARIAMENTE E SEMPRE QUE NECESSÁRIO.

ANTES:

1. LAVE AS MÃOS.
2. UTILIZE LUVAS DESCARTÁVEIS. CASO NÃO TENHA LUVAS DEVERÁ LAVAR AS MÃOS E DE SEGUIDA DESINFETÁ-LAS COM ÁLCOOL A 70°.
3. PREPARE O MATERIAL PARA A HIGIENE

MATERIAL PARA A HIGIENE:

- ESPONJA, QUE DEVE SER EXCLUSIVA PARA LAVAR OS GENITAIS;
- BACIA DE ÁGUA TÉPIDA;
- SABÃO;
- TOALHA.

DURANTE:

LAVE A REGIÃO GENITAL NA VERTICAL NUM ÚNICO SENTIDO—DE CIMA PARA BAIXO E NUNCA DE BAIXO PARA CIMA ;

DEPOIS:

CERTIFIQUE-SE DE QUE A PELE DA ZONA GENITAL FICA BEM SECA, APLICANDO MOVIMENTOS IDÊNTICOS AOS DA LAVAGEM

POSICIONAMENTO E FIXAÇÃO DA ALGÁLIA E DO SACO DE URINA

QUANDO O DOENTE ESTÁ DEITADO:

- O SACO DE URINA DEVERÁ ESTAR SEMPRE ABAIXO DO NÍVEL DA BEXIGA;
- DEVE FICAR PENDURADO NUM SUPORTE APROPRIADO;
- NÃO DEVE FICAR ENROLADO OU DOBRADO.

QUANDO O DOENTE ESTÁ LEVANTADO:

- O TUBO DEVE SER FIXO COM ADESIVO NA ZONA INTERNA DA COXA;
- DEIXE UMA PEQUENA FOLGA PARA EVITAR TRAUMATISMOS DA URETRA E BEXIGA.
- PRENDA O SACO NUMA DAS PERNAS, DE FORMA A QUE ESTE NÃO CAIA NO CHÃO. PODE UTILIZAR UMA FITA, ELÁSTICO OU ADESIVO EM VOLTA DA PERNA.



MUDANÇA DO SACO DE URINA

O SACO DE URINA DEVE MANTER-SE SEMPRE FECHADO PARA DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO.

DEVE SER DESPEJADO SEMPRE QUE SE ENCONTRAR CHEIO. O DESPEJO PODE SER EFETUADO PARA A SANITA OU PARA UM BACIO APENAS PARA ESSE EFEITO. PARA TAL, DEVERÁ ABRIR A VÁLVULA QUE PERMITE A SAÍDA DE URINA, USANDO LUVAS PARA A EXECUÇÃO DESTES PROCEDIMENTOS.

O SACO DEVERÁ SER SUBSTITUÍDO EM CASO DE RUTURA, SEPARAÇÃO DA ALGÁLIA OU QUANDO SE ENCONTRE EM MÁS CONDIÇÕES DE HIGIENE. (COM ALTERAÇÃO DA COR E/OU MAU CHEIRO).

NA SUBSTITUIÇÃO DO SACO DEVERÁ:

1. LAVAR AS MÃOS;
2. RETIRAR O SACO DE URINA QUE SE ENCONTRA CONECTADO À ALGÁLIA SEM TOCAR NA EXTREMIDADE DA ALGÁLIA;
3. UNIR O NOVO SACO DE URINA À ALGÁLIA SEM TOCAR COM A EXTREMIDADE DO SACO EM NENHUMA SUPERFÍCIE E TENDO O CUIDADO DE FECHAR A VÁLVULA DO SACO.
4. CERTIFICAR-SE DE QUE AS LIGAÇÕES FICAM BEM ENCAIXADAS.



QUANDO CONSULTAR O SEU MÉDICO/ENFERMEIRA?

- QUANDO O UTENTE TIVER FEBRE OU A URINA TIVER UM CHEIRO INTENSO OU FOR ESPESSE OU TURVA.



- SE A URETRA SE ENCONTRAR COM INFLAMAÇÃO. SE OBSERVAR SANGUE DENTRO OU À VOLTA DA SONDA.
- QUANDO NÃO URINAR OU O VOLUME DE URINA DIMINUIR ACENTUADAMENTE APESAR DA INGESTÃO ABUNDANTE DE LÍQUIDOS.
- SE PERDER URINA EM GRANDE QUANTIDADE POR FORA DA ALGÁLIA.

IMPORTANTE:

BEBER NO MÍNIMO 1,5 L DE ÁGUA POR DIA. PODERÁ REFORÇAR A HIDRATAÇÃO COM CHÁS, SUMOS OU GELATINA.



ÁGUA



Elaborado por : Vera Oliveira, aluna do 5º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Sob orientação de: Idalina Gomes Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Com a colaboração de: Enfermeira Ilda Roque e Enfermeiro Pedro Contreiras

A ALGÁLIA DEVE SER SUBSTITUÍDA NO DIA

__/__/__

Observações:-

Ensino realizado pelo (a) Enfermeiro (a):

Data: __/__/__

**Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital de S. Bernardo**

**Contactos:
Serviço de Urgência Geral
Tel.: 265549000
Extensão n.º: 6012**

**Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital de S. Bernardo**

Serviço de Urgência Geral

CUIDADOS AO UTENTE COM CATETER URINÁRIO (ALGÁLIA)

NO HOMEM



Centro Hospitalar de Setúbal
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Santo Iago do Outão

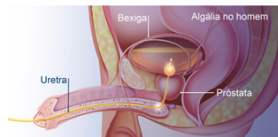


Comunicar & Melhorar



CUIDADOS AO UTENTE ALGALIADO

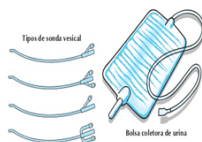
POR VEZES É NECESSÁRIO, MESMO COM ALTA CLÍNICA DO



SERVIÇO DE URGÊNCIA, QUE O UTENTE VÁ PARA CASA ALGALIADO. SENTIMENTOS DE APREENSÃO E

PREOCUPAÇÃO SÃO NORMAIS. ESTE PANFLETO INFORMATIVO TEM COMO OBJETIVO ESCLARECER TODAS AS DÚVIDAS RELATIVAS AOS CUIDADOS QUE DEVERÁ TER COM A ALGÁLIA.

A SONDA VESICAL É UM “TUBO” QUE SE UTILIZA PARA ESVAZIAR E RECOLHER



A URINA DA BEXIGA. AS SONDAS VESICAIS SÃO UTILIZADAS NOS CASOS EM QUE NÃO SE CONSEGUE URINAR.

NECESSITAM DE UMA SÉRIE DE CUIDADOS POR PARTE DO PACIENTE OU DO SEU CUIDADOR DE FORMA A MANTER O SEU FUNCIONAMENTO ADEQUADO E EVITAR INFECÇÕES.

A SONDA LIGA-SE A UMA SACO COLETOR, QUE PODE SER FIXADA NA LATERAL DA CAMA, DA CADEIRA DE RODAS OU NA PERNA DO PACIENTE (CASO ELE ANDE).

A HIGIENE

OS ÓRGÃOS GENITAIS DEVEM SER LAVADOS DIARIAMENTE E SEMPRE QUE NECESSÁRIO.

ANTES:

1. LAVE AS MÃOS.
2. UTILIZE LUVAS DESCARTÁVEIS. CASO NÃO TENHA LUVAS DEVERÁ LAVAR AS MÃOS E DE SEGUIDA DESINFETÁ-LAS COM ÁLCOOL A 70°.
3. PREPARE O MATERIAL PARA A HIGIENE.

MATERIAL PARA A HIGIENE:

- ESPONJA, QUE DEVE SER EXCLUSIVA PARA LAVAR OS GENITAIS;
- BACIA DE ÁGUA TÉPIDA;
- SABÃO;
- TOALHA.

DURANTE:

DEVE EXPOR A GLANDE (CABEÇA DO PÊNIS), PUXANDO O PREPÚCIO (PELE DO PÊNIS) PARA BAIXO, E LAVE A REGIÃO GENITAL COM MOVIMENTOS CIRCULARES.

DEPOIS:

1. PUXE O PREPÚCIO NOVAMENTE PARA CIMA.
2. CERTIFIQUE-SE DE QUE A PELE DA ZONA GENITAL FICA BEM SECA.
3. LAVE AS SUAS MÃOS.

POSICIONAMENTO E FIXAÇÃO DA ALGÁLIA E DO SACO DE URINA

QUANDO O DOENTE ESTÁ DEITADO:

- O SACO DE URINA DEVERÁ ESTAR SEMPRE ABAIXO DO NÍVEL DA BEXIGA;
- DEVE FICAR PENDURADO NUM SUPORTE APROPRIADO;
- NÃO DEVE FICAR ENROLADO OU DOBRADO.

QUANDO O DOENTE ESTÁ LEVANTADO:

- O TUBO DEVE SER FIXO COM ADESIVO NA ZONA INTERNA DA COXA;
- DEIXE UMA PEQUENA FOLGA PARA EVITAR TRAUMATISMOS DA URETRA E BEXIGA.
- PRENDA O SACO NUMA DAS PERNAS, DE FORMA A QUE ESTE NÃO CAIA NO CHÃO. PODE UTILIZAR UMA FITA, ELÁSTICO OU ADESIVO EM VOLTA DA PERNA.



MUDANÇA DO SACO DE URINA

O SACO DE URINA DEVE MANTER-SE SEMPRE FECHADO PARA DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO.

DEVE SER DESPEJADO SEMPRE QUE SE ENCONTRAR CHEIO. O DESPEJO PODE SER EFETUADO PARA A SANITA OU PARA UM BACIO APENAS PARA ESSE EFEITO. PARA TAL, DEVERÁ ABRIR A VÁLVULA QUE PERMITE A SAÍDA DE URINA, USANDO LUVAS PARA A EXECUÇÃO DESTES PROCEDIMENTOS.

O SACO DEVERÁ SER SUBSTITUÍDO EM CASO DE RUTURA, SEPARAÇÃO DA ALGÁLIA OU QUANDO SE ENCONTRE EM MÁS CONDIÇÕES DE HIGIENE. (COM ALTERAÇÃO DA COR E/OU MAU CHEIRO).

NA SUBSTITUIÇÃO DO SACO DEVERÁ:

1. LAVAR AS MÃOS;
2. RETIRAR O SACO DE URINA QUE SE ENCONTRA CONECTADO À ALGÁLIA SEM TOCAR NA EXTREMIDADE DA ALGÁLIA;
3. UNIR O NOVO SACO DE URINA À ALGÁLIA SEM TOCAR COM A EXTREMIDADE DO SACO EM NENHUMA SUPERFÍCIE E TENDO O CUIDADO DE FECHAR A VÁLVULA DO SACO.
4. CERTIFICAR-SE DE QUE AS LIGAÇÕES FICAM BEM ENCAIXADAS.



APÊNDICE XXXI:

Sessão de formação realizada à equipa de AO

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO:

TEMA: A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO – DESPEJO DO SACO DE DRENAGEM URINÁRIA

FINALIDADE: Melhorar a prestação das assistentes operacionais no despejo do saco de drenagem urinária.

POPULAÇÃO ALVO: Todos os Assistentes Operacionais do SUG

LOCAL DE INTERVENÇÃO: Sala de Formação do SUG.

DATA: de 3 a 6 de fevereiro de 2015.


DURAÇÃO: 30 minutos (sessão conjunta com Verónica Florêncio - tempo total da formação – 60 minutos).

FORMADORA (S): Enfermeira Vera Oliveira e Enfermeira Verónica Florêncio

OBJETIVOS: (1) Dar a conhecer noções básicas de IACS e ITU; (2) Conhecer a prática de cuidados dos assistentes operacionais do SUG relativamente ao despejo do saco de drenagem. (3) Atualizar e uniformizar procedimentos relativos ao despejo do saco de drenagem urinária.

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos
(1). Dar a conhecer noções básicas de IACS e ITU	<ul style="list-style-type: none"> • As IACS e a Pessoa Idosa • O que é a ITU? • Como ocorre a ITU? 	Método expositivo	Data Show Computador
(2). Conhecer a prática de cuidados dos assistentes operacionais do SUG relativamente ao despejo do saco de drenagem.	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos resultados das observações/auditorias: sobre o despejo do saco de drenagem urinária e questionários aplicados às assistentes operacionais. 	Método expositivo Discussão em grupo	Data Show Computador
(3). Atualizar e uniformizar procedimentos relativos ao despejo do saco de drenagem urinária.	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendações para o despejo do saco de drenagem urinária. 	Método expositivo Discussão em grupo Demonstração do despejo do saco de drenagem	Data Show Computador Saco de drenagem urinária Jarro para o despejo do saco de drenagem urinária Compressas limpas Fluxograma d “Despejo do saco de drenagem urinária”.

PowerPoint da Apresentação realizada aos Assistentes Operacionais Relativa ao Despejo do saco de drenagem urinária



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa

A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO – DESPEJO DO SACO DE DRENAGEM URINÁRIA

Serviço de Urgência Geral
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Discente: Vera Oliveira, N.º 5389
Docente: Prof.ª Idalina Gomes

Orientador: Enfermeiro Pedro Contreiras
Enfermeira Coordenadora: Ilda Roque

Setúbal, Janeiro de 2015

AGENDA

- ▶ INTRODUÇÃO
- ▶ OBJETIVOS
- ▶ O QUE É A INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO?
- ▶ COMO OCORRE?
- ▶ ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS
- ▶ RECOMENDAÇÕES
- ▶ O PROCEDIMENTO
- ▶ POSTER DE APOIO
- ▶ CONCLUSÃO

INTRODUÇÃO

- ▶ As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são frequentes na pessoa idosa.
- ▶ A ITU é das IACS mais frequentes encontrando –se associada à presença de um catéter urinário.
- ▶ A prevenção é importante e passa por cuidados relativos ao despejo do saco de drenagem.

DGS (2013). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.

Newman, D. K. & Willson, M.M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. Urologic Nursing, 31(1), 12-29.

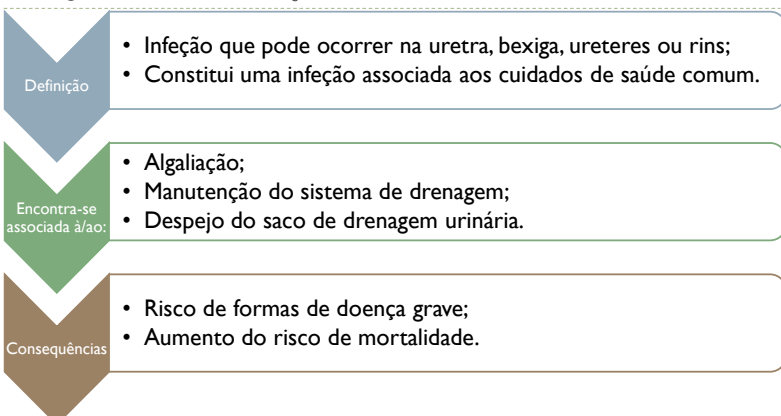
Roriz-Filho, J.S., Vilar, F. C., Mota, L.M., Leal, C. L. & Pisi, P. C. B. (2010). Infecção do trato urinário. Medicina (Ribeirão Preto), 43(2), 118-25.

OBJETIVOS

- ▶ Conhecer a prática de cuidados dos assistentes operacionais do SUG relativamente ao despejo do saco de drenagem.
- ▶ Identificar aspetos a melhorar no prevenção da infeção urinária pelo despejo do saco de drenagem urinária ;
- ▶ Atualizar e uniformizar procedimentos relativos ao despejo do saco de drenagem urinária.



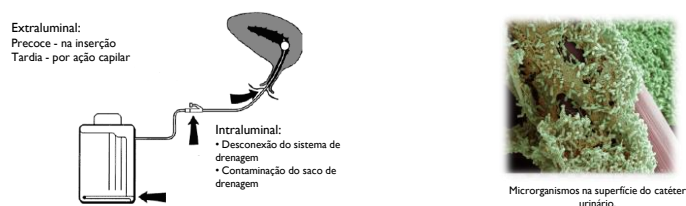
O QUE É A INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO?



Associação for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (APIC) (2014). Guide to Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections. USA: APIC. Acedido em 20-07-2014. Disponível em http://apic.org/Resource_EliminationGuideForm066ae59-0a3a-4640-97b5-eee388bed5b5FileCAUTI_06.pdf
DGS (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.

COMO OCORRE?

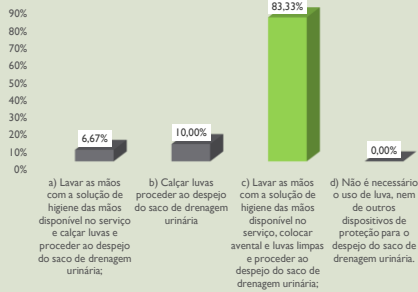
- ▶ VIAS URINÁRIAS
 - ▶ Entrada de microrganismos, pelas vias:
 - ▶ Extra-luminal (precoce ou tardia);
 - ▶ Intra-luminal (APIC, 2014; DGS, 2004).



Associação for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (APIC) (2014). Guide to Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections. USA: APIC. Acedido em 20-07-2014. Disponível em http://apic.org/Resource_EliminationGuideForm066ae59-0a3a-4640-97b5-eee388bed5b5FileCAUTI_06.pdf
DGS (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algaliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.

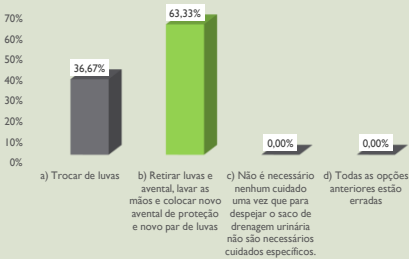
ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Gráfico 1: Pergunta 5.1 - Antes de despejar o saco de drenagem urinária deve:



ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Gráfico 2: Pergunta 5.2 - Após despejar o saco de drenagem urinária de um utente, e imediatamente antes de despejar o saco de drenagem urinária do próximo deverá

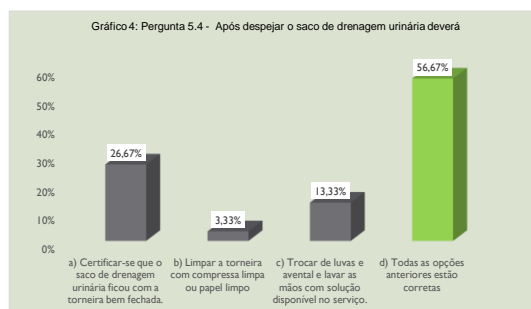


ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

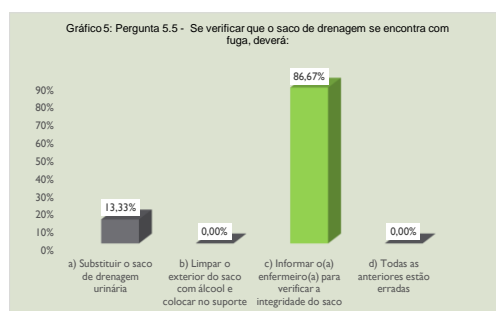
Gráfico 3: Pergunta 5.3. - O despejo do saco de drenagem urinária deverá ser efetuado:



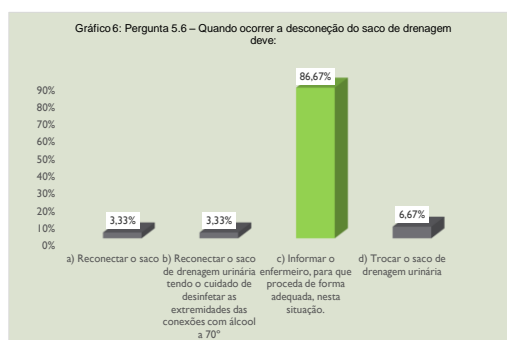
ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS



ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS



ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS



AS AUDITORIAS

OBSERVAÇÕES				OBSERVAÇÕES
	S	N	N/A	
1. Foi efectuada a lavagem higiénica das mãos, com SABA e foram calçadas luvas.		20		Não é efectuada a lavagem das mãos antes de calçar as luvas. Numa das observações uma auxiliar utilizou apenas uma luva calçada.
2. Colocada máscara com viseira e avental.	1	19		Numa das observações uma auxiliar utilizou uma máscara com viseira. Algumas das auxiliares colocam máscaras cirúrgicas e algumas não colocam avental de protecção.
3. Foram usadas luvas limpas e trocadas antes do contacto com outro utente.	2	18		
4. A urina foi despejada para um recipiente (jarro) limpo e individualizado.	6	14		Nem sempre é despejado e limpo o jarro antes do próximo doente.
5. Durante o despejo foram evitados salpicos e o contacto entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente de despejo de urina.	4	16		No despejo verifica-se o contacto da torneira com os bordos do jarro.
6. A torneira foi limpa com celulose/compressa limpa após o despejo para o recipiente.		20		Ninguém limpa a torneira após o despejo
7. Foi verificado se a torneira ficou fechada de forma conveniente.	20			
8. Foram retiradas as luvas e as mãos foram higienizadas com SABA no final do despejo dos sacos de drenagem.	10	10		
9. O enfermeiro foi informado da necessidade de trocar o saco de drenagem urinária.			20	Esta situação não se verificou aquando do despejo.

Índice de Qualidade % = $43/160 \times 100 = 26,88\%$

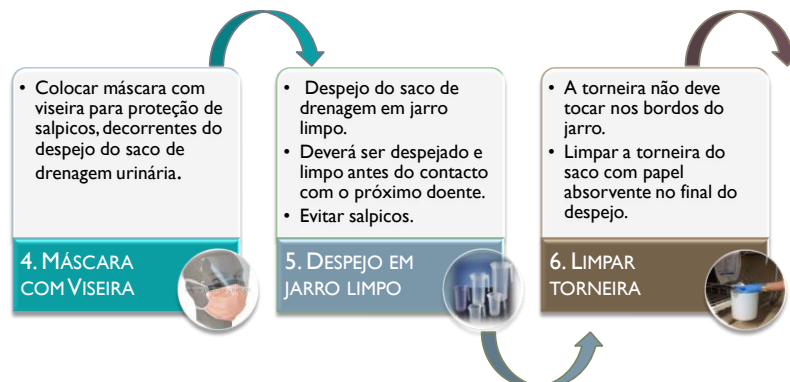
RECOMENDAÇÕES



Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29-09-2014. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MA%20N%20M%20E%20P%20T%20-%202011.pdf>

DGS (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – aligação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.

RECOMENDAÇÕES (CONT.)



Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29-09-2014. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MA%20N%20M%20E%20P%20T%20-%202011.pdf>

DGS (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – aligação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.

CONCLUSÕES

- ▶ O uso de luvas não substitui a higiene das mãos.
- ▶ Devem ser trocadas as luvas e efetuada a higienização das mãos após o contacto com um doente.
- ▶ O despejo do saco de drenagem urinária deve ser efetuado para jarro limpo.
- ▶ A torneira do saco de drenagem deve ser limpa com compressa no final do despejo.
- ▶ Sempre que o equipamento de proteção individual seja contaminado deve ser substituído.

▶ Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29-09-2014. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf
DGS (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algáliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Administração Central de Sistemas de Saúde, Instituto Público (ACSS, IP) (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29-09-2014. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf
- ▶ Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (APIC) (2014). *Guide to Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections*. USA: APIC. Acedido em 20-07-2014. Disponível em http://apic.org/Resource/_EliminationGuideForm/0ff6ae59-0a3a-4640-97b5-eee38b8bed5b/File/CAUTI_06.pdf
- ▶ Centers of Disease Control (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. CDC. Acedido em 17-03-2014. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.
- ▶ DGS (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – algáliação de curta duração – Programa Nacional de Controlo de Infeção.
- ▶ DGS (2013). Portugal – Controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos em números – 2013: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.
- ▶ Foxman, B. (2014). Urinary tract infections syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors and disease burden. *Infectious Disease Clinics of North America*, 28, 1-13.
- ▶ Newman, D. K. & Willson, M. M. (2011). Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urologic Nursing*, 31(1), 12-29.
- ▶ Roriz-Filho, J. S., Vilar, F. C., Mota, L. M., Leal, C. L. & Pisi, P. C. B. (2010). Infeção do trato urinário. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 43(2), 118-25.



MUITO OBRIGADA!

ANEXOS

ANEXO I:

Autorização do Departamento de Enfermagem do Hospital do Local de Estágio para
a implementação do Projeto

autorizado

APRECIÇÃO DE PROJETOS		DESPACHO
ÁREA	Enfermagem	15.7.14
	"A Prevenção da Infecção Urinária na Pessoa Idosa: a como Intervenção de Enfermagem"	[Redacted] Diretora
AUTOR (ES)	Vera Lúcia Pereira de Oliveira / veralucia0104@gmail.com/ tln: 963883159	
ENTIDADE ACADÉMICA	Escola Superior de Enfermagem de Horta Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica	
ORIENTADORES	Prof.ª Doutora Idalina Gomes	
SERVIÇO	Serviço de Urgência Geral	
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção ação	
RESUMO	Diagnóstico de situação de projeto de intervenção no âmbito da Prevenção da infecção Urinária na Pessoa Idosa. A autora solicita autorização para a realização de observação direta do procedimento de algália realizada pelos profissionais do Serviço de Urgência Geral, recorrendo à utilização de instrumento que será disponibilizado brevemente pela DGS. Solicita ainda o acesso aos dados do Relatório do Inquérito de Prevalência de Infecção do [Redacted] bem como acesso à informação no sistema Aluri relativa ao procedimento de algália de curta duração nos últimos 6 meses.	
OBSERVAÇÕES	A autora responsabiliza-se a garantir o cumprimento de todos os procedimentos éticos, inerentes à realização do projeto, nomeadamente no respeito pela confidencialidade e anonimato dos dados. Considera-se pertinente que a autora defina o procedimento relativo ao consentimento informado no caso da observação direta da realização do procedimento de algália pelos profissionais do Serviço de Urgência Geral.	
AUTORIZAÇÕES	Projeto autorizado por: - Enf. [Redacted], Enf. Chefe do Serviço de Urgência Geral; - Dr. [Redacted], Diretor do Serviço de Urgência Geral; - Enf. [Redacted] CCI.	

Reunida e analisada a documentação e cumprindo as observações constantes neste documento, entende-se não existirem razões que impeçam o desenvolvimento do projeto proposto, pelo que se sugere o seu deferimento.

SGF – Área de Enfermagem

03/06/2014,

[Assinatura]